

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 février 1893, à 1 heure

Par CHARLES HANSEN

Né à Renasborg, Slesvig (Danemark), le 7 novembre 1860

Médecin-chirurgien diplômé de la Confédération Suisse.

Officier de l'Ecole de Grenoble

Ancien interne en médecine, chirurgie et accouchement des hôpitaux
du canton de Vaud, à Lausanne

Ancien médecin-assistant de l'asile d'aliénés du même État à Cery

Ancien chef de clinique de l'hôpital ophthalmique Rothschild, à Genève

Ancien assistant de médecine opératoire des cours du professeur

J.-L. Reverdin, à Genève

DES

KYSTES DERMOÏDES

ET DES

FISTULES CONGÉNITALES

DE LA RÉGION SACRO-COCYGIENNE

N. B. — Le terme de *congénital* n'implique point ici
l'existence de ces productions anormales dès la nais-
sance, il ne sert qu'à rappeler l'origine embryon-
naire de leur germe. (LANNELONGUE).

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. { STRAUS, professeur.
TUFFIER, CHAUFFARD, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 février 1893, à 1 heure

Par CHARLES HANSEN

Né à Renasborg, Slesvig (Danemark), le 7 novembre 1860

Médecin-chirurgien diplômé de la Confédération Suisse.

Officier de l'Ecole de Grenoble

Ancien interne en médecine, chirurgie et accouchement des hôpitaux
du canton de Vaud, à Lausanne

Ancien médecin-assistant de l'asile d'aliénés du même État à Cery

Ancien chef de clinique de l'hôpital ophthalmique Rotschild, à Genève

Ancien assistant de médecine opératoire des cours du professeur

J.-L. Reverdin, à Genève

DES

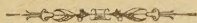
KYSTES DERMOÏDES

ET DES

FISTULES CONGÉNITALES

DE LA RÉGION SACRO-COCYGIENNE

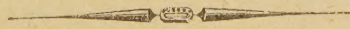
N. B. — Le terme de *congénital* n'implique point ici
l'existence de ces productions anormales dès la nais-
sance, il ne sert qu'à rappeler l'origine embryon-
naire de leur germe. (LANNELONGUE).



Président : M. LANNELONGUE, professeur.

*Juges : MM. { STRAUS, professeur.
 { TUFFIER, CHAUFFARD, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILÉAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJÉRINE	MARFAN	RETTÉRE	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

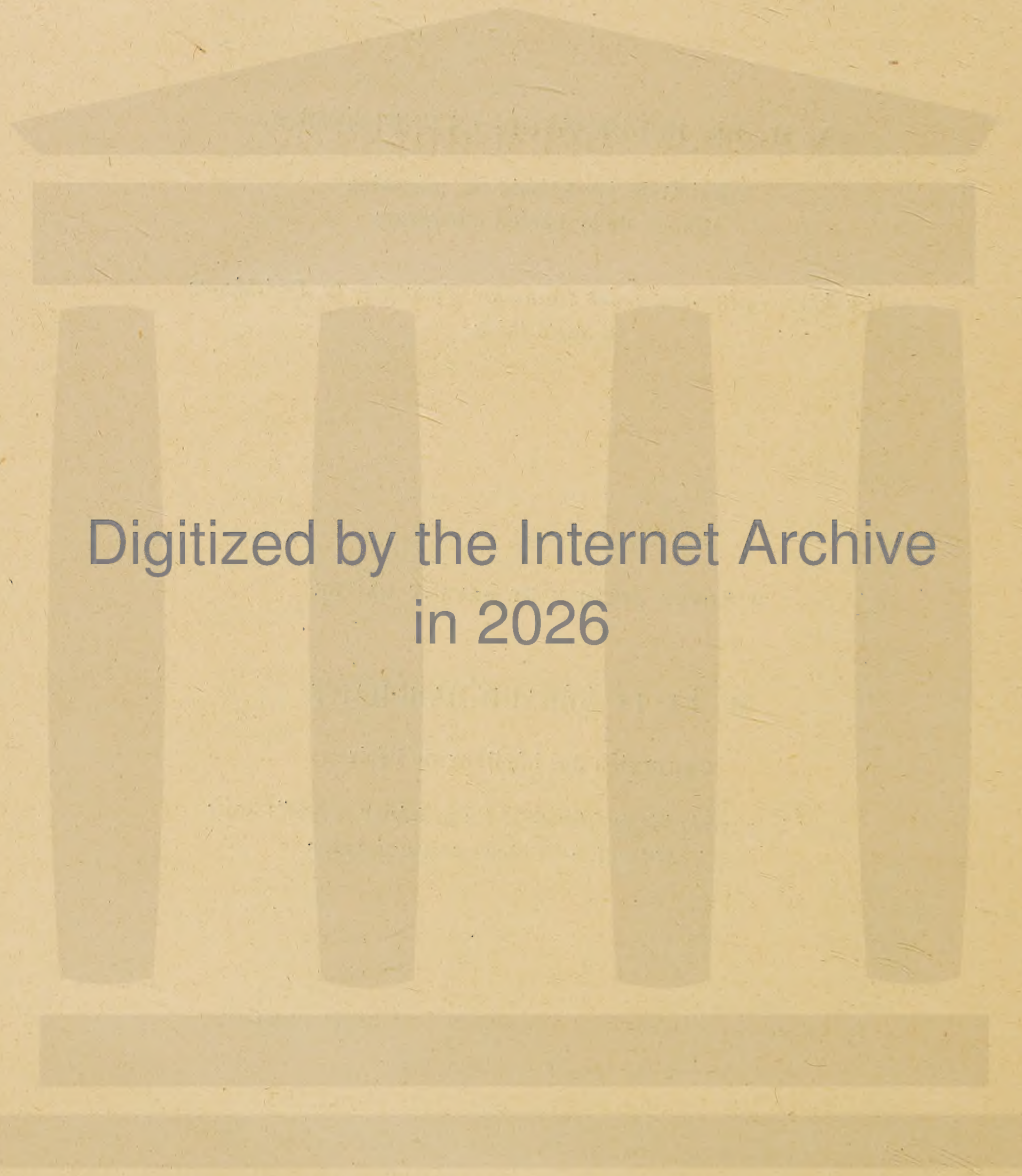
*Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la Présidence
de cette thèse.*

A NOTRE AIMABLE ET SAVANT MAÎTRE

M. LE D^r GÉRARD-MARCHANT

Chirurgien des hôpitaux de Paris

*Dont la grande bienveillance et les précieux conseils nous
inspirent la plus sincère reconnaissance.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552026_0064

DES

KYSTES DERMŌIDES

ET DES

FISTULES CONGÉNITALES

DE LA RÉGION SACRO-COCYGIENNE

AVANT-PROPOS

Les kystes dermoïdes de la région sacro-coccygienne et les fistules congénitales sont connus, surtout depuis l'œuvre classique de M. Lannelongue : le *Traité des kystes congénitaux*. Malgré cet ouvrage admirablement complet, les chirurgiens considèrent encore les anomalies en question comme rares. Or, M. le Dr Girard-Marchant, chirurgien des hôpitaux, nous a fait remarquer que dans ses salles à l'hôpital Laënnec, en l'espace de quelques mois seulement, il en avait observé plusieurs cas. Attaché à son service nous avons examiné nous-même deux de ces malades, et l'idée de travailler la question nous fut donnée par notre bienveillant maître.

Les faits de kystes dermoïdes et de fistules dites congénitales de la région sacro-coccygienne étaient épars dans la littérature, les diagnostics différentiels point discutés, les déductions cliniques point tirées suffisamment au clair.

Aussi l'utilité de notre étude ne réside point, ce va sans dire, en quelque détail anatomo-pathologique inédit : ce sujet fut épuisé par le beau travail de M. Lannelongue, mais au lit du malade les traitements employés ont, c'est visible, trop souvent abouti à un échec, et cela par ce motif que l'attention des praticiens n'était point attirée jusqu'ici d'une manière suffisante sur les signes cliniques, la valeur des symptômes et la fréquence relativement grande des poches dermoïdes et cutanées en cette région.

Or, le traitement doit découler du diagnostic, et nous avions ainsi, surtout, à préciser celui-ci au point de vue différentiel, ce que nous avons fait en le serrant d'aussi près que possible.

Que M. Girard-Marchant, notre savant et respecté Maître, veuille bien accepter l'hommage de notre très sincère gratitude, de son hospitalité dans le service chirurgical dont il est le chef, de ses utiles conseils, des observations qu'il nous a communiquées et de toute sa bienveillance à notre égard.

Nous tenons, en outre, à remercier beaucoup M. Mauclair, prosecteur à la Faculté, des notes et des observations qu'il nous a si aimablement remises.

HISTORIQUE

Pour résumer l'histoire des kystes dermoïdes, rappelons seulement que leur analogie avec la peau n'a été démontrée qu'en 1843 par Kohlrausch (1).

En 1852 Verneuil (2) établit sa théorie de l'inclusion, généralisée par Broca en 1869 dans son *Traité des tumeurs*. Enfin, dans son *Étude sur l'Appareil branchial des Vertébrés et de quelques Affections qui en dérivent chez l'Homme*, en 1877, Cusset jette un jour nouveau sur la question des kystes branchiaux et des fistules branchiales, surtout au point de vue embryogénique.

En 1879, M. Gironde ayant relaté l'observation d'un kyste dont le développement avait été précédé d'un traumatisme, émit l'opinion que ce kyste pouvait être acquis, mais sans pouvoir le prouver d'une façon certaine.

Ce n'est qu'à partir de 1884, à la suite d'une communication à la Société de Médecine de Nancy sur les tumeurs perlées des doigts, par M. Gross, et d'une observation de Heydenreich ayant trait à un cas bien manifeste de kyste dermoïde de la face palmaire de la 2^e phalange de l'index droit (Thèse de Lalitte, 1885), ce n'est qu'à cette époque que l'on commença à distinguer les kystes dermoïdes acquis des kystes dermoïdes congénitaux.

1. *Müller's Archiv.*, 1843, p. 365.

2. Verneuil. *Bull. de la soc. anat.*, 27^e année, 1852, p. 300.

M. Masse, de Bordeaux, réussit par des greffes épidermiques à provoquer la formation de kystes dermoïdes analogues aux kystes congénitaux. Ces expériences ont été reprises et M. Poulet en 1886 faisait une nouvelle communication sur les kystes acquis.

MM. Lannelongue et Achard publièrent leur grand *Traité des kystes congénitaux* en 1886. Cet ouvrage magistral établissait enfin d'une manière irréfutable la théorie de l'inclusion, de l'enclavement.

M. Gorron, thèse de Bordeaux 1888, *Des fistules branchiales*; M. Le Lan, thèse de Montpellier, 1889, *Des kystes dermoïdes de la queue du sourcil*. M. Labougle, *Anat. pathol. et pathogénie des kystes épidermiques de la main*, Paris, 1889 (G. Steinheil), et M. Breul, thèse de Nancy 1890, *Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de la région mastoïdienne*, sont les derniers auteurs qui aient traité de ces cavités cutanées anormales.

Dans la région sacro-coccygienne les fistules congénitales et les kystes dermoïdes sont entr'eux dans d'étroits rapports d'origine et de signification, tout comme les kystes et fistules des régions branchiales, ainsi que l'exposa Couraud dans sa thèse en 1883. Et ces fistules et dépressions congénitales de la partie du corps en question ici, signalées par Kuhn en 1867, ont été étudiées dès lors par Féré en 1878 (*Soc. anat.*), par Terrillon en 1882 (*Soc. de chir.*), par Heurtaux en 1882 (*Soc. de chir.*). Les recherches de M. Lannelongue enfin, consignées dans la thèse de Peyremaure-Duverdier, portent sur 160 enfants ayant des fistules, ou dépressions congénitales plutôt, de la surface sacro-coccygienne.

DESCRIPTION TOPOGRAPHIQUE

Les kystes dermoïdes peuvent se développer en n'importe quel point de la périphérie du corps et partout où le développement embryonnaire permet l'existence normale ou anormale de tissu qui provienne de l'ectoderme blastodermique.

C'est dire aussi que ces kystes affectent des sièges de prédilection : surtout les régions de l'appareil branchial, au cou, à l'orbite, et son pourtour, à la face, à la région mastoïdienne, au plancher buccal.

Mais on en voit au cuir chevelu, au crâne, aux bras, aux doigts, au thorax, à la région sacro-périnéale, au scrotum, aux jambes. De même encore dans les cavités viscérales, dans les méninges, dans le poumon, le foie, l'épiploon, le mésentère, l'ovaire, le testicule, etc.

Les statistiques publiées renseignent mal sur la répartition topographique des kystes dermoïdes, car elles sont basées sur les faits trouvés dans la littérature, et celle-ci ne contient que les cas extraordinaires. Ainsi Lebert a trouvé 129 kystes de l'ovaire sur 176 observations, et cette énorme prédominance des kystes ovariens n'est admise ni par Lücke, ni par Pauly, ni par les auteurs récents. La statistique personnelle de M. Heurtaux de Nantes établit que les kystes der-

moïdes sont beaucoup plus fréquents à la région de l'orbite que dans toutes les autres régions.

M. Lannelongue cite comme lieux d'élection des kystes dermoïdes : l'orbite et son pourtour, le cuir chevelu, le cou, le plancher buccal, la cavité abdominale, le scrotum, et enfin la région sacro-périnéale. En dehors de ces régions, dit-il, les kystes dermoïdes sont tout à fait rares.

Dans la statistique de Lebert il n'est même fait mention d'aucun kyste de la région sacro-coccygienne.

D'autre part, nous savons que pendant longtemps on avait désigné ces kystes congénitaux sous la rubrique de monstruosités, sans plus de détails.

Enfin, les kystes dermoïdes de la région sacro-coccygienne ont dû souvent être pris pour des kystes sébacés, vu la fréquence de ceux-ci sur toute la surface du corps, et les fistules congénitales, qu'elles proviennent d'un de ces kystes suppuré ou d'un simple *infundibulum* cutané en doigt de gant qui s'est enflammé, ces fistules intarissables ont dû souvent être prises pour des abcès froids.

A nous d'établir, observations en mains, qu'à la région sacro-coccygienne on doit rencontrer des kystes dermoïdes plus fréquents qu'on ne le pensait, et d'en décrire les signes cliniques distinctifs.

Au point de vue du traitement il n'est en effet pas sans importance de faire le diagnostic exact de ces tumeurs, et dans la région sacrée nous avons des motifs spéciaux de rechercher les kystes dermoïdes, et d'en trouver, si ce n'est aussi souvent qu'au niveau des vestiges des fentes branchiales, en tous cas bien plus qu'en beaucoup d'autres parties du corps humain.

Si la description clinique que nous présentons ici peut réussir à faire diagnostiquer plus exactement la présence des kystes dermoïdes et la nature cutanée des fistules sacro-coccygiennes, le stock des observations qui s'y rapportent ne tardera pas à augmenter en de fortes proportions.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'après Broca les kystes dermoïdes sont des tumeurs constituées par une cavité close dont la paroi présente par sa surface externe des rapports de continuité avec les tissus ambiants et dont la surface interne est en rapport de continuité avec un contenu souvent liquide, rarement solide, quelquefois organisé et vivant, mais toujours indépendant de la circulation générale.

Ces kystes présentent la même structure essentielle dans la région sacro-coccygienne que partout ailleurs ; ils s'y font remarquer cependant par leur extrême simplicité, formés qu'ils sont d'ordinaire par une cavité unique de peau remplie de sécrétions cutanées banales.

Par contre tout auprès de la région sus-nommée, entre la pointe du coccyx et l'anus, nous voyons ce contraste que les tumeurs congénitales sont en général très complexes et liées à des arrêts de développement considérables, à des cloisonnements pelviens, à des déformations tératologiques, et que leur contenu n'est que rarement celui d'une poche purement cutanée.

Le volume de ces kystes dermoïdes est variable, il n'atteint guère ici que celui d'une noix ou d'une petite mandarine, et cela tient d'abord à la gêne considérable qu'occasionne en cette région la présence d'une tumeur que le malade s'em-

presse de faire opérer dès qu'elle devient volumineuse ou qu'elle s'enflamme ; mais surtout, et plus souvent encore, cela tient à ce que le kyste se vide, et ne laisse qu'une dépression cutanée avec une ouverture fistuleuse.

La *forme* du kyste est généralement arrondie, peu ou point saillante, rarement bosselée.

La *consistance* est variable, tantôt dure, tantôt molle, ou fluctuante selon la nature du contenu ; parfois inégale, selon l'état des divers points de la paroi.

La *peau* qui recouvre la tumeur est normale, mobile, sans adhérences, hyperhémie ni dilatations vasculaires.

Pourtant dans cette région, il existe en règle générale un tractus fibreux qui relie le tégument à la tumeur, tractus pouvant être et rester perméable, c'est-à-dire formant un petit canal épidermique.

Sa persistance ici plutôt que dans les kystes d'autres régions s'explique par le développement embryologique spécial des tumeurs dermoïdes dont le siège est au sacrum, et par ce fait que la surface cutanée de cette région reste toujours rapprochée du plan osseux sous-jacent, surtout au niveau de la ligne médiane où siègent régulièrement ces kystes dermoïdes. Le tractus en question n'étant pas tirailé ou rompu par l'épaisseur croissante des tissus voisins de la tumeur, peut ici persister indéfiniment.

Le kyste présente par contre des adhérences avec les parties voisines, avec les fibres musculaires et le périoste auxquels ses parois sont intimement unies. L'os sous-jacent n'est pas modifié dans sa structure, mais il peut présenter une dépression. Le périoste est normal : il peut s'enflammer cependant et produire à l'entour des saillies osseuses ou une

véritable cupule. Dans la région sacro-coccygienne les kystes dermoïdes sont fortement attachés au squelette.

De la paroi. — Les kystes dermoïdes de la surface du sacrum et du coccyx sont généralement uniloculaires, multiloculaires parfois. La structure fondamentale de leur paroi est celle de la peau ou d'une muqueuse. Tantôt épaisse, dure, tantôt mince, molle; uniforme ou inégale; avec ou sans bosselures. La structure de cette paroi varie selon son épaisseur et selon le point examiné, présentant tous une partie seulement des éléments de la peau tégumentaire.

L'épithélium mince, tantôt, quoique rarement cylindrique, avec des cils vibratiles, tantôt et généralement pavimenteux est supporté par un derme formé comme toujours de tissu conjonctif, avec ou sans papilles, mais renfermant beaucoup de glandes sébacées dans le feutrage qui constitue sa couche fondamentale. Ces glandes sébacées peuvent même y former des kystes sébacés capables d'arriver à transformer la tumeur dermoïde en tumeur sébacée.

Des follicules pileux et des glandes sudoripares y existent également.

Du contenu kystique. — Toutes les productions épidermiques : épithéliums, poils, dents, ongles, sueur, et surtout matière sébacée peuvent se rencontrer dans ces kystes.

Que la masse se présente comme de la matière sébacée, jaunâtre, épaisse comme du suif, avec des amas de cellules épithéliales et d'écailles épidermiques infiltrées de graisse, avec des cristaux de cholestérine, en consistance de bouillie, d'« athérome »; ou qu'elle soit en fusion à la température du corps et que ce soit un « kyste huileux », ce sont là des différences qui n'infirmement point la structure dermoïde de la

tumeur. Une seule chose est essentielle, typique, c'est l'origine et le caractère cutanés de toutes les sécrétions qui constituent ce contenu.

Un kyste dermoïde ordinaire, ou un kyste dermoïde séreux, peut du reste se transformer en kyste huileux. Le contenu de ces tumeurs peut même varier autrement encore et renfermer de l'albumine, des sels (Broca), subir une transformation calcaire, ossiforme ou même purulente quand le kyste vient à s'enflammer.

Il convient encore de rappeler que MM. Verneuil et Clado (1) ont découvert dans trois kystes dermoïdes la présence de microbes pathogènes vivant dans le liquide contenu, mais n'existant pas dans la paroi du kyste. Leur présence s'expliquerait assez bien par la perméabilité d'un orifice cutané capillaire, persistant depuis l'époque de l'invagination, de l'enclavement survenu au cours de la genèse intra-utérine. La même explication fut donnée plus récemment en 1890 par MM. Lannelongue et Achard (2) qui ont trouvé des microbes dans deux kystes dermoïdes de la région mastoïdienne : dans l'un de ces cas l'ouverture cutanée existait et dans l'autre elle avait existé. Ils n'ont point trouvé de microbes dans huit autres kystes examinés par eux.

En fin de compte les kystes dermoïdes ne sont point formés de tissus anormaux (3), morbides, mais bien d'éléments anormalement développés et dont la situation seule et non la structure offre un caractère pathologique.

1. *Semaine médicale*, 1888, p. 475.

2. Lannelongue et Achard. *Ann de l'Inst. Pasteur*. Paris 1890, IV, p., 293-298.

3. Le Lan. Th. de Montpellier 1889; et Lannelongue, *loc. cit.*

Mais dans la région sacrée les kystes dermoïdes sont loin de se présenter toujours avec les caractères que nous venons d'énumérer. Lorsque le malade se montre au chirurgien, leur constitution anatomique est en effet le plus souvent modifiée par quelque processus phlegmatique, la tumeur s'est enflammée sous l'action d'une cause banale quelconque. Parfois alors un choc, une chute, a produit l'ouverture de la poche qui s'est vidée. Son contenu ne cesse plus de se déverser au dehors, au moins par intermittences et l'anatomie de la partie malade nous présente non plus une tumeur véritable, quelque peu saillante sous la peau, mais une vraie fistule dont l'ouverture se trouve au fond d'un trou, d'un entonnoir de tégument mince et lisse, rouge, sensible et plus ou moins douloureux.

Quand on se trouve en présence d'une fistule ainsi conformationnée dans le siège que nous précisons plus loin, il est essentiel de savoir reconnaître sa nature dermoïde pour lui appliquer le seul traitement qui convienne, à défaut de quoi le succès de toute intervention restera nul.

Pour être complet nous devons encore ajouter que l'ouverture d'un de ces kystes, loin d'être toujours centrale, est souvent périphérique, soit qu'elle se produise au point le plus déclive de la poche devenue purulente, soit que celle-ci se vide dans les tissus voisins où l'inflammation arrive alors à traverser le tégument. Il en résulte une ouverture fistuleuse communiquant par un trajet plus ou moins sinueux et long avec l'intérieur du kyste dermoïde au niveau duquel on ne voit plus dès lors qu'une dépression cutanée dont la peau reste parfois normale. Enfin à côté du kyste, à part son ouverture fistuleuse directe ou survenue à distance par un

trajet, il est très ordinaire de voir d'autres fistules dans la même région ; elles proviennent d'abcès périphériques, formés au voisinage de la poche enflammée. Leurs orifices, comme aussi celui du trajet fistuleux par lequel un kyste se vide à distance, ont la forme ordinaire, avec bourrelet rouge, de toutes les fistules inflammatoires ; tandis que l'ouverture congénitale, le trajet cutané naturel, d'origine non inflammatoire, par lequel l'intérieur d'un kyste peut, et par lequel la « fistule » ou mieux la « dépression cutanée congénitale » doit s'ouvrir au dehors, cet orifice congénital est lisse, tapissé de peau normale, qui se continue sans bourrelet avec celle de la région circumvoisine.

La proche parenté des kystes avec les fistules congénitales n'est mise en doute par personne depuis les travaux de M. Lannelongue. Leur développement a la même origine et l'anatomie pathologique montre que la chaîne est complète entre les deux anomalies. Ainsi l'on voit des fistules terminées en cul-de-sac, en doigt de gant, mais profondes et ouvertes à la peau, seulement par un orifice étroit. Puis des fistules à large embouchure et de moins en moins profondes. Enfin des *infundibula*, des fossettes et de simples dépressions à peine marquées. Ce ne sont là que différences d'étapes d'une seule et même production anormale.

En résumé, l'anatomie pathologique nous permet de distinguer trois degrés dans ces affections :

- 1° La simple dépression cutanée.
- 2° La fistule congénitale.
- 3° Le kyste dermoïde.

Mais leur structure histologique à tous, quelle que soit la

lubrique où il faille les ranger, les relie, puisque leurs parois sont toujours dermoïdes et cutanées.

La seule différence qu'il y ait, c'est que dans les kystes sacro-coccygiens l'on trouve parfois du revêtement épithélial cylindrique à cils vibratiles, semblable à celui du canal médullaire central de l'épendyme, où il se présente avec ces mêmes caractères chez l'embryon dès la huitième, neuvième semaine. Dans les infundibula fistulaires, par contre, l'épithélium est toujours pavimenteux, sans exception, quand il n'est pas détruit par le processus suppuratif.

Lorsqu'une de ces dépressions cutanées est profonde, que son orifice est étroit, les déchets épidermiques peuvent s'y accumuler, l'enflammer même et faire suppurer sa cavité. Alors, comme le dit M. Lannelongue, il n'est pas toujours facile de décider, même au point de vue anatomo-pathologique, si l'on est en présence d'une fistule congénitale enflammée ou d'un kyste dermoïde devenu fistuleux; il y aurait là, dit-il, quelque chose d'analogue à ce que Duplay appelle fistules branchiales consécutives dans la région du cou.

PATHOGÉNIE

La vie propre de l'unité cellulaire, affirmée pour la première fois par Virchow, fut démontrée par l'une des plus belles découvertes modernes, celle de la greffe épidermique, inventée par Jqs.-Ls.-Reverdin.

L'immense portée philosophique de sa découverte nous permet aujourd'hui de comprendre bien des faits qui restaient à l'état d'énigmes. C'est grâce à elle que tout le monde admet sans peine de nos jours la théorie de Verneuil, qui, dès 1852, expliquait la formation des kystes dermoïdes congénitaux par une inclusion cutanée survenue pendant le développement intra-utérin de l'embryon. Et sa manière de voir s'applique non-seulement aux kystes dermoïdes existant à la naissance, non-seulement à ceux qui peuvent provenir des arcs branchiaux, mais à ces kystes qui ne se révèlent qu'à la puberté, ou même bien plus tard encore, et à ceux qui siègent absolument dans n'importe quel point des membres et du tronc. La période d'indolence et de stagnation des rudiments de kyste peut se prolonger, mais le kyste n'en provient pas moins d'un pli tégumentaire, d'une invagination cutanée congénitale.

D'après Verneuil (1) les kystes du cou et de la face proviennent d'une portion du petit repli cutané qui tapisse le bord de l'une des fentes branchiales. Au lieu de se fusion-

1. Heurtaux. *Dict. de méd. et chir. prat.*, Art. *Kyste*.

ner entièrement, les bords de cette fente peuvent ne se souder qu'en partie, laissant entre eux un petit sac de peau. Le petit sac enclavé au milieu des tissus de l'embryon se compose, non seulement d'éléments épithéliaux, mais encore des éléments sous-jacents qui constituent le derme. En réalité, c'est le tégument externe tout entier qui se trouve emprisonné, derme, épiderme et ses dérivés. La petite masse épithéliale s'éloigne peu à peu de l'ectoderme par suite du développement des parties voisines et pendant ce temps le pédicule épithélial qui la rattache à l'ectoderme est forcé de s'allonger progressivement. Si cet allongement est insuffisant, eu égard à l'accroissement des parties ambiantes, la continuité peut se rompre entre l'ectoderme et le petit amas épithélial qui reste indépendant. Il se peut que les choses en restent là et que la petite masse formée aux dépens de l'ectoderme n'ait pas d'autre avenir. Même lorsqu'elle doit évoluer en kyste dermoïde elle peut rester de longues années stationnaire. On voit encore assez souvent des individus chez qui l'on a remarqué un kyste dermoïde dans les premiers mois qui suivent la naissance ; le kyste est resté longtemps très petit et stationnaire, et c'est sous l'influence d'une cause quelconque, variable souvent dans son mode d'action chez le même individu, que la tumeur se développe.

M. Breul cite le cas d'une femme de 29 ans, qui portait un kyste dont l'apparition avait été remarquée par sa mère depuis l'âge de 8 mois, et qui ne commença à se développer qu'à l'âge de 19 ans, sous l'influence d'une grossesse, alla en progressant sous l'influence de trois grossesses et resta ensuite stationnaire malgré d'autres grossesses.

Souvent ces kystes sont perçus vers l'âge de la puberté,

moment où ils acquièrent un plus grand volume. Leur paroi doit alors s'accroître en surface tandis que leur contenu devient plus abondant. Cependant, comme le fait remarquer M. Breul, leur développement s'opère encore d'une autre façon, car, dans un certain nombre de kystes dermoïdes il doit y avoir non pas inclusion d'un sac de peau, mais bien inclusion d'un simple lambeau cutané dont la sécrétion refoule les tissus qui constituent la membrane d'enveloppe fibreuse tandis que le lambeau cutané ne forme qu'une partie des parois du kyste.

Les preuves que l'on donne encore de l'origine cutanée des poches dermoïdes congénitales sont de véritables greffes épidermiques : tels que les kystes artificiels obtenus par M. Masse de Bordeaux, et les tumeurs perlées des doigts observées par M. Gross, à Nancy ; tumeurs perlées dues à des éléments épidermiques refoulés dans la profondeur des tissus par un traumatisme et y ayant continué à vivre.

Les kystes dermoïdes sont donc tous à considérer comme provenant du feuillet externe du blastoderme, et l'on ne confond plus avec eux, comme naguère, ces kystes dits « composés » qui renferment du cartilage, du tissu osseux, et qui forment un anneau plus élevé de la chaîne qui relie les simples plicatures ectodermiques aux tumeurs dont le contenu prend les apparences morphologiques d'organes complexes, de membres, de viscères, etc. Ces dernières productions anormales rentrent décidément dans la tératologie et nous n'en avons pas à discuter ici l'origine.

Mais les kystes dermoïdes sacro-coccygiens ont ceci de particulier dans leur pathogénie que le développement em-

bryogénique de cette région du corps prédispose à leur formation et leur assigne par avance un siège précis.

Il en est de même pour les cavités cutanées, les fistules congénitales.

En effet, l'extrême fréquence des dépressions cutanées plus ou moins profondes du siège, chez les enfants, a été nettement établie par M. Lannelongue. Les méplats tégumentaires, les enfoncements légers de la région se nivellent à mesure que le jeune sujet grandit. Mais avec l'âge ne peuvent s'effacer les dépressions profondes en doigt de gant. Petit, leur orifice externe a de grandes chances de se boucher un jour ou l'autre par quelque poussière ou dépôt épidermique, et ces chances augmentent en proportion du temps qui s'écoule. L'obturation de leur embouchure produit alors la rétention des matériaux sécrétés par la paroi. Ils distendent la petite cavité cutanée, par le même mécanisme qui fait augmenter lentement et sûrement le volume des kystes dermoïdes. Cette distension n'est pas supportée d'une manière indéfinie, la poche réagit et s'enflamme. Ou bien, dans le contenu se trouveront des poils, des masses épithéliales durcies dont la forme et la consistance irriteront la surface interne et la feront suppurer. Ailleurs enfin, la poche kystique, ayant atteint un certain volume, sera plus exposée d'abord, et plus sensible au moindre traumatisme, au moindre choc, si fréquents en cette région du siège.

Dès lors apparaissent les abcès à répétition. Nombreux sont les malades qui conservent cette infirmité pendant des années, croyant à chaque fois être au bout de leurs peines. Ils ne s'inquiètent de leur mal qu'au moment des abcès et trop souvent le chirurgien lui-même se contente de faire une inci-

sion sans diagnostic suffisant. Le pus vidé, le bien-être succède du reste à la souffrance. Puis s'établit enfin la sécrétion purulente perpétuelle, la fistule intarissable. Alors nous voyons que l'on pense à quelque séquestre osseux ou lésion tuberculeuse, quand on ne se contente pas, chose plus fréquente, de diagnostics moins raisonnés et partant de traitements préhistoriques (Obs. XVII, par ex.).

Si ces accidents inflammatoires ne surviennent guère dans l'enfance, mais surtout entre 15 et 25 ans environ, cela tient précisément à ce qu'il faut un certain nombre d'années pour que, d'abord, l'orifice d'une cavité de la peau ait des chances de se boucher, et qu'ensuite cette cavité cutanée, ou bien le kyste dermoïde, si c'en était, ait le temps de se remplir et d'arriver à suppuration par un des mécanismes indiqués. Si les dits accidents deviennent beaucoup plus rares après cette époque de la vie, nous pouvons nous l'expliquer par ce fait que les orifices non obturés jusqu'alors sont ceux dont le diamètre est trop considérable et se maintiendra libre toujours.

Tels sont les modes de production, la pathogénie des kystes dermoïdes, des abcès à répétition et des fistules congénitales intarissables de la région sacro-coccygienne.

ANATOMIE NORMALE

DE LA RÉGION SACRO-COCYGIENNE.

La fréquence relative des kystes dermoïdes dans la région qui nous occupe, la pathogénie de leur développement à ce niveau, leur marche, leurs symptômes et leur traitement enfin nous offrent des particularités qui lient étroitement leur étude à celle de l'anatomie et de l'embryologie spéciales de la région. Nous devons donc les reprendre.

La région sacro-coccygienne est triangulaire, et ses limites sont données par trois lignes fictives menées d'une épine iliaque postéro-supérieure à l'autre et de chacune d'elles à la pointe du coccyx.

Toute cette région est bombée dans le sens vertical, mais offre dans le sens transversal un sillon, le pli interfessier, qui s'accuse de plus en plus profondément vers la pointe inférieure du triangle. En dehors de cette fente, les fesses forment latéralement deux masses proéminentes.

La peau ne présente aucune particularité si ce n'est d'être assez peu mobile sur la ligne médiane où l'on sent qu'elle est seule à recouvrir le squelette.

Le tissu conjonctif sous-cutané est adipeux dans des proportions variables.

Au-dessous de lui nous trouvons une aponévrose mince et transparente qui recouvre, dans la partie supérieure, le

muscle grand dorsal, le plus superficiel. Celui-ci se dirige en haut, en dehors et en avant, de la série des apophyses épineuses lombaires et sacrées et du tiers postérieur de la crête iliaque vers la partie interne et supérieure du bras.

Ce grand dorsal recouvre à son tour une aponévrose excessivement résistante, à fibres entrecroisées, qui forme un pont, des apophyses épineuses au bord postérieur de la crête iliaque. Il existe, en effet, deux gouttières profondes, verticales, à la face dorsale du sacrum, comprises entre la ligne médiane des saillies épineuses et le bord postérieur saillant des crêtes iliaques.

Ces gouttières sacrées font suite aux gouttières dorso-lombaires et la forte membrane aponévrotique qui en relie les bords convertit ces gouttières en véritables loges fibreuses, fermées de toutes parts, où sont comprises et insérées les origines des trois muscles de la masse sacro-lombaire : long dorsal, sacro-lombaire et transversaire épineux.

Dans toutes ces parties molles viennent se terminer les branches postérieures des artères et des nerfs sacrés.

Les lymphatiques de la région se rendent généralement aux ganglions inguinaux. Mais Sappey démontre que parfois les vaisseaux lymphatiques inférieures de la région lombaire montent directement et vont s'aboucher dans les ganglions axillaires, tandis que d'autres, nés de la partie supérieure des lombes descendent pour gagner le pli de l'aîne en croisant en X les précédents. Il faut donc considérer comme desservant aussi la région sacro-coccygienne non-seulement les ganglions inguinaux mais aussi ceux de l'aisselle.

Sous les parties molles nous trouvons enfin le squelette.

Le sacrum d'abord dont la face postérieure présente latéralement les trous sacrés postérieurs, symétriques, quatre de chaque côté ; et sur la ligne médiane la crête irrégulière due à la soudure des apophyses épineuses.

Au niveau de l'avant-dernière des cinq pièces du sacrum, plus ou moins haut parfois, cette crête se rapetisse, se divise en deux branches de fourchette qui s'écartent, laissant à découvert entre elles l'extrémité inférieure du canal médullaire et sacré.

Le coccyx, formé de quatre ou cinq petites vertèbres de plus en plus rudimentaires, s'articule avec la facette du sommet sacré. L'intérêt spécial qu'il a pour nous c'est qu'à la base du coccyx vient s'insérer une bande fibreuse, le *ligament coccygien*.

La moëlle spinale se termine au niveau de la deuxième vertèbre lombaire. Dès ce point la gaine pie-mérienne n'a plus rien à contenir, elle se ramasse sur elle-même en un ligament étendu dans toute la longueur du canal lombaire et sacré, et c'est ainsi que sa terminaison vient s'insérer à la base du coccyx.

Cette bande conjonctive comme toutes les méninges, provient on le sait du feuillet blastodermique moyen, mais ce n'est point une masse homogène, et l'on y retrouve jusqu'à son extrémité un petit cylindre de substance nerveuse, le *filum terminale*, rudiment qui fait suite à la moëlle épinière et dont l'existence à ce niveau, ainsi que l'embryogénie, démontre quelle est la valeur pour expliquer la tendance aux formations kystiques dermoïdales à la région du sacrum et du coccyx.

EMBRYOLOGIE

Dans l'œuf d'un mammifère, le blastoderme une fois formé avec sa division en trois feuillets, nous voyons apparaître le *sillon primitif* qui fait une dépression linéaire. Le feuillet superficiel s'y enfonce, en tapisse les bords et le fond, et ce pli de l'ectoderme s'épaississant, se transforme en substance nerveuse, encéphale et moëlle épinière.

De chaque côté du sillon le feuillet moyen s'étend, il repousse, il entraîne à sa surface le feuillet superficiel, épidermique, il s'élève et augmente la hauteur des bords du sillon primitif, et produit ainsi deux *lames dorsales* dont les bords libres s'avancent les uns vers les autres et s'unissent en forme de voûte, convertissant le sillon primitif en un *canal cérébro-spinal*.

Plus en dehors, latéralement, le feuillet moyen forme des *lames ventrales* qui s'unissent de même par leurs bords libres, créant ainsi une seconde cavité, la *cavité viscérale antérieure*.

Cette formation de deux cavités, l'une dorsale, l'autre ventrale, est la caractéristique universelle de tous les vertébrés. Mais ils ont encore une seconde particularité qui les distingue, c'est que, dans l'épaisseur des tissus qui séparent les deux cavités, il se forme une masse celluleuse, allongée, cylindrique, la *notocorde* ou *corde dorsale*, qui sert de squelette. Cette structure persiste toute la vie chez quelques ver-

tébrés, mais chez l'homme la notocorde se remplace par toute une enveloppe osseuse : la *colonne vertébrale*.

Le tissu homogène placé de chaque côté de la notocorde subit, d'après Follin et Duplay, une transformation histologique qui commence à la partie antérieure de la région cervicale et s'étend graduellement en arrière; des masses plus opaques de forme quadrilatérale apparaissent de chaque côté de la notocorde. Chaque paire de ces quadrilatères s'unit graduellement au-dessus et au-dessous de cette corde et envoie aux parois du canal rachidien des prolongements en forme d'arcs. Ainsi se trouve constituée une *protovertèbre*. Le corps de celle-ci se transforme en cartilage, et cette chondrification s'étend de plus en plus à l'intérieur du tube dorsal pour produire *l'arc neural* et *l'épine* de chaque vertèbre, et s'étend en dehors, jusqu'aux parois des parties thoraciques et abdominales du tube ventral, pour donner naissance aux *apophyses transverses* et aux *côtes*. Quand enfin l'ossification apparaît, le centre des vertèbres est ordinairement ossifié, en grande partie, par un dépôt qui forme une sorte d'anneau autour de la notocorde, et les arcs vertébraux le sont par un dépôt latéral qui s'étend plus ou moins dans le centre.

Chez l'homme comme chez les autres vertébrés dont les membres postérieurs sont très développés, plusieurs vertèbres situées à la partie postérieure du tronc se modifient pour donner naissance au *sacrum* avec lequel l'arc pelvien se réunit par l'intermédiaire de côtes ankylosées et étendues. Les dernières pièces du sacrum et les vertèbres caudales du *coccyx* diminuent graduellement de volume vers l'extrémité du corps et finissent par être réduites à de simples noyaux,

grâce à l'arrêt de développement des apophyses ou arcs osseux.

Cette atrophie des derniers arcs de vertèbres fait que l'extrémité caudale, atrophiée, de la moëlle épinière, du *filum terminale*, n'est pas renfermée dans un canal osseux, n'est recouverte que par des parties molles et reste ainsi très superficielle. Or le *filum terminale* est encore constitué par de la substance nerveuse, reste de la portion caudale du pli ectodermique qui tapissait le sillon primitif. La moëlle, en effet, se termine au niveau de la deuxième vertèbre lombaire chez l'homme, car elle est entièrement formée dès la huitième ou la neuvième semaine, et ne peut s'allonger dès lors autant que la colonne vertébrale qui, à partir de cette époque, se développe plus rapidement. Il en résulte la formation de la *queue de cheval*.

Mais le *filum terminale* qui représente la terminaison effilée de la moëlle spinale est ainsi un rudiment d'origine cutanée dont l'atrophie est normale. Qu'un trouble quelconque, une irritation locale, par exemple, intervienne pendant le développement de l'embryon ou peut-être même beaucoup plus tard, et la cavité garnie d'épithélium cylindrique à cils vibratiles que présentait le canal médullaire central, dès sa formation à la huitième ou neuvième semaine, cette cavité de l'épendyme peut persister, augmenter localement de volume et donner ainsi lieu à la formation d'un kyste dermoïde, dont l'origine, le point de départ, est le *filum terminale* lui-même.

Voici, du reste, l'opinion de F. Tourneux et G. Hermann (1)

1. *Journal de l'Anat. et de la Physiol.*, oct. 1887; et *Revue des Sc. méd.*, 1888, p. 449.

à ce sujet. Au début du troisième mois le tube médullaire de l'embryon se prolonge jusque dans l'éminence coccygienne, s'y renfle et adhère par sa face dorsale à la couche profonde de la peau. Vers la fin du troisième mois, la colonne vertébrale se développant plus rapidement que les parties molles, s'allonge et son extrémité caudale entraîne avec elle les portions attenantes du tube médullaire dont le segment terminal continue à adhérer au tégument externe. Par suite, cette partie extrême du névrax, fixée d'une part à la peau, suivant d'autre part la colonne vertébrale dans son allongement, se développe en une anse dont la branche profonde est en rapport avec la face dorsale des vertèbres coccygiennes, et dont la branche superficielle remonte obliquement de bas en haut. Dans le quatrième mois le segment coccygien direct s'atrophie et disparaît ; le segment réfléchi continue à évoluer et ses restes sont visibles encore à la naissance : les *vestiges coccygiens* de la moëlle.

C'est au cinquième mois qu'ils sont le plus développés : ils sont alors constitués par des cordons ou des amas de petites cellules sphériques ou polyédriques : ces amas sont creusés d'excavations irrégulières que limite une couche de cellules prismatiques, polyédriques ou pavimenteuses.

Par le redressement de l'extrémité inférieure du tronc, l'éminence coccygienne s'efface bientôt, les parties molles s'accroissent en même temps, et la peau située en regard des vestiges coccygiens reste fixée à la pointe du coccyx par des fibres en faisceaux lamineux (ligament caudal), de sorte que la peau se déprime à ce niveau, parfois même s'invagine et forme un *infundibulum* ; telle est l'origine de la *fossette*

coccygienne, dont l'existence, depuis 1874, a été l'objet de tant de discussions.

Prenons en note également l'existence constatée par les mêmes auteurs, chez l'embryon du poulet au 14^e jour, de vestiges caudaux médullaires, à 500 μ de l'extrémité terminale de la moëlle, et séparés de celle-ci par l'atrophie de la partie intermédiaire.

Nos opinions sont enfin corroborées par les démonstrations de M. Alexander Ritsch (1) à propos d'un cas de tumeur congénitale complexe paracoccygienne, tumeur où la présence de nodules osseux provient, d'après lui, des vertèbres surnuméraires caudales qui existent régulièrement chez l'embryon. A la 5^e semaine, en effet, l'embryon ne présente pas moins de 38 vertèbres, dont les dernières disparaissent en bonne règle par la suite. En cas de perturbation du développement local ces rudiments peuvent néanmoins persister, dit l'auteur, et c'est d'eux que proviennent les parties osseuses de la tumeur paracoccygienne dont il parle.

Or, à l'époque où existent ces vertèbres temporaires, le futur névrose a la même longueur que la colonne vertébrale. Et si quelque perturbation peut aller jusqu'à atteindre ces pièces osseuses, les rendre persistantes, *a fortiori* cette partie du sillon ectodermique, cette partie de la gouttière épendymaire subira-t-elle le même trouble dans son développement et prendra-t-elle part à la genèse des tumeurs ou kystes congénitaux de la région.

A remarquer cette réflexion de M. Ritsch, que les tu-

1. A. Ritsch. *Beitrag zur Lehre von den angeborenem Sacralgeschwülsten*. In : *Beiträge zur klin. chir.*, 1892, VIII, 557-577.

meurs ainsi constituées par des tissus à la fois d'origines ectodermique et mésodermique, ne sont ni des kystes dermoïdes ni le produit d'un second germe foetal ; ce sont des tumeurs intermédiaires entre les plicatures ou cavités dermiques et les tératomes d'ordre élevé.

Les fistules congénitales et les simples dépressions cutanées de la région sacrale sont dues également, d'après M. Lannelongue, à un trouble survenu dans le développement des lames dorsales de l'embryon et portant seulement sur les parties molles, au lieu de porter à la fois sur les parties molles et sur le squelette comme dans le spina bifida. Mais les kystes sacro-coccygiens seuls paraissent provenir de la cavité épendymaire, vu les caractères histologiques que présente parfois leur épithélium.

Néanmoins nous ne prétendons pas que le canal de l'épendyme doive forcément concourir à la formation de tout kyste dermoïde de cette région, car l'on y trouve exceptionnellement des kystes dermoïdes bien développés, n'adhérant pas au squelette, et situés plus haut que l'ouverture inférieure du canal sacré. Nous devons les considérer comme provenant, ainsi que les fistules congénitales, d'un trouble embryogénique moins profond.

Dans la région sacro-coccygienne nous avons en somme une analogie complète avec ce qui se passe au niveau des arcs branchiaux, et ce mode de la production des tumeurs dermoïdes de la région ici visée n'était encore point suffisamment remarqué, car il démontre combien la prédisposition locale est grande à la formation des kystes dermoïdes.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des kystes dermoïdes n'est représentée que par des *accidents* : arrêts de développement, défauts de soudure des arcs osseux, des fentes branchiales, des lames dorsales ; adhérences du tégument aux parties profondes ; persistance anormale d'une partie cutanée devant s'atrophier, telle que l'extrémité caudale de la dépression ectodermique, origine du système nerveux rachidien de l'embryon.

Ce n'est pas là une étiologie, pas plus que l'accident d'où résulte une fracture, ainsi que le fait remarquer M. Le Lan (1).

L'hérédité a été invoquée par plusieurs auteurs, mais les preuves manquent pour l'affirmer. Par contre, il est hors de doute que la tendance aux arrêts de développement se transmet dans une famille, de sorte qu'*a priori* l'on ne peut refuser d'admettre l'existence possible d'une certaine hérédité, au moins pour les tumeurs dermoïdes à siège fixe.

L'âge auquel elles se montrent n'a rien de typique. Quoique congénitales, dans le sens attaché par M. Lannelongue à ce mot, c'est-à-dire quoique dues à des germes existant dès la vie fœtale, ces kystes, nous l'avons vu, peuvent se développer très tôt ou très tard. Des observateurs en ont trouvé chez des personnes de 36 ans. Beaucoup des cas relatés de

1. Th. cit., p. 33.

kystes ont cependant fait sentir leur présence vers l'âge de la puberté. Il semble que ce printemps de la vie donne aux germes jusque-là inactifs une sorte de coup de fouet qui les fait participer à l'éclosion de toutes les forces de l'économie.

D'autre part, l'action des grossesses est bien nette et nous avons rappelé à ce propos une observation citée par M. Breul.

Le sexe ne paraît avoir aucune influence véritable sur la production des kystes dermoïdes, pas plus dans la région sacrée que dans les autres.

SYMPTOMATOLOGIE

Pour établir le diagnostic d'une tumeur de la région sacro-coccygienne, les points à passer en revue sont les suivants :

1° *L'Anamnèse*

l'interrogatoire doit porter sur :

L'âge du malade : Les kystes dermoïdes sont congénitaux ; souvent développés dès les premiers temps après la naissance ; souvent aussi vers l'époque de la puberté, à 14 ou 15 ans ; parfois ils n'apparaissent qu'après 20 ou 30 ans.

Le développement de la tumeur : se fait d'une manière insidieuse, sans bruit, si bien que le kyste existe parfois notoirement de longue date sans que le porteur s'en soit aperçu.

La marche de la tumeur : extrêmement lente ; peut être irrégulière, subir des périodes d'accélération, de véritables poussées sous l'influence de la puberté, de la grossesse, avec des temps d'arrêt où le kyste, sans rétrograder, reste stationnaire plus ou moins longtemps et parfois d'une manière définitive. Une même cause venant à se répéter, telle que des grossesses successives, la marche de la tumeur influencée par cette cause deux ou trois fois, ne le sera pas forcément à une nouvelle reprise.

Si quelque accident, une blessure, une chute, un coup sur la région qu'occupe le kyste vient à le faire suppurer, que la poche s'ouvre d'elle-même ou qu'on l'incise il en résulte généralement une fistule persistante. Par cet orifice cutané le pus se vide au fur et à mesure de sa formation ; ou bien la peau se referme, la tumeur se remplit de nouveau, mais se vide par intermittences en rompant sa fine pellicule tégumentaire. Dans ces cas on ne trouve donc plus une tumeur à proprement parler, mais un orifice fistulaire au fond d'une dépression.

Le processus inflammatoire et la marche des accidents peuvent être identiquement les mêmes dans les dépressions ou fistules congénitales.

Les *saignements* n'existent pas dans les kystes dermoïdes, ni les fistules en question.

2° *L'inspection*

à la vue seule :

Le *siège* des kystes dermoïdes de la région sacro-coccygienne est exactement limité à la ligne médiane verticale, dans le pli interfessier. Même dans le cas où la poche ne communique avec l'extérieur que par une ouverture fistulaire éloignée, le trajet de cette fistule, quand on l'explore, conduit toujours vers la ligne médiane. Le sillon interfessier, vertical, est donc le seul siège de ces kystes dermoïdes.

La dépression cutanée, plus ou moins profonde, ou la fistule congénitale, formes bien plus fréquentes des anomalies de développement en cette région sacro-coccygienne, se répartissent d'après M. Lannelongue comme suit : Sur 160

enfants elles siégeaient : 28 fois à l'origine de la rainure interfessière, c'est-à-dire à la face postérieure du sacrum, 40 fois au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, 32 fois à la pointe du coccyx ; enfin, dans 10 cas, il y avait des orifices multiples. En résumé ajoute l'éminent auteur du *Traité des kystes congénitaux*, la dépression cutanée peut occuper sur la ligne médiane trois sièges distincts, correspondant : l'un au sacrum proprement dit, le second à l'articulation sacro-coccygienne (ou plus exactement au niveau de la partie bifide du sacrum), le troisième enfin à la pointe du coccyx. On peut observer deux et même trois dépressions médianes, et l'on en rencontre enfin des variétés latérales, siégeant d'un seul ou des deux côtés, tandis que le kyste dermoïde vu son développement originaire du pli ectodermique qui a formé le canal de l'épendyme, est, croyons-nous, toujours médian dans la région sacro-coccygienne.

L'aspect du kyste est celui d'une petite boule à peine visible, très peu saillante tant qu'une inflammation ne survient pas. S'il s'est produit une fistule on voit à la place de la tuméfaction un enfoncement en entonnoir, tapissé d'une peau très mince, fine, lisse, colorée, rouge, hyperhémiee, avec un orifice au fond, dans le centre, et quelques gouttes purulentes qui s'en échappent. L'ouverture du kyste pouvant se faire encore par un trajet fistuleux, il existe des cas où l'orifice est à distance et où la place du kyste vidé n'est marquée que par une dépression de la peau normale, sans altérations, dans un point du pli interfessier.

Lorsqu'enfin c'est d'une fistule congénitale, d'une dépression cutanée profonde et suppurante qu'il s'agit, l'on ne voit que l'ouverture extérieure, généralement arrondie et sillon-

née de plis à sa circonférence, parfois assez large pour ressembler à l'orifice anal.

Le *volume* du kyste n'est que fort peu appréciable tant est petite la saillie qu'il fait.

Les *limites* ont l'air nettes et bien circonscrites dès que la tumeur fait bosse.

La *surface* en paraît lisse et régulière sans bosselures.

L'*état de la peau* est normal, sans adhérences, épaissement ni amincissement; ne présente ni pigmentation, ni rougeur hyperhémique ou ecchymotique, ni dilatations vasculaires, ni hypertrichose.

3° La palpation

elle nous révèle que :

Le *siège* de la tumeur dermoïde est plus profond que cela ne se voyait.

Son *volume* est un peu plus gros qu'on ne le trouvait par l'inspection.

Ses *limites* sont un peu plus étendues en tous sens, mais absolument nettes.

Sa *surface* est tantôt lisse et uniforme, tantôt plus ou moins bosselée.

Sa *consistance* est assez variable, ferme, mais plutôt molle que dure, plutôt pâteuse qu'élastique.

La *fluctuation* existe généralement, mais peu nette.

L'*œdème* n'existe pas, à moins qu'un processus phlegmasique n'ait éclaté.

La *mobilité de la peau* sur la tumeur dermoïde est parfaite.

La *mobilité de la tumeur* sur les parties profondes est absolument nulle d'ordinaire. On sent l'adhérence au plan osseux. Pour les simples dépressions fistuleuses il n'en est cependant pas de même, ni pour certains kystes provenant d'un trouble embryogénique moindre.

La *sensibilité spontanée* du kyste est nulle et ne s'exalte qu'à l'occasion d'un accident, d'une inflammation.

La *sensibilité provoquée par la pression* est dans le même cas.

La *température locale* n'est pas augmentée.

L'*état des ganglions* lymphatiques qui desservent la région est normal, les cas de suppuration réservés.

La *transparence*,

La *réductibilité*,

L'*expansibilité*,

La *pulsatilité* doivent être recherchées dans les tumeurs de la région sacro-coccygienne, mais n'existent pas dans le kyste dermoïde.

L'*auscultation* n'y révèle aucun bruit.

4° *Le microscope*

employé à l'examen histologique de l'écoulement, quand il s'agit d'une tumeur ulcérée ou d'une fistule, nous révélera s'il s'agit d'un kyste dermoïde, par la composition de cet écoulement : cellules épidermiques, poils, etc.

5° *L'analyse chimique*

de l'écoulement peut enfin devenir nécessaire pour certain diagnostic différentiel.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Examen fait, une tumeur ou une fistule de la région sacro-coccygienne nous met en présence de divers diagnostics à discuter. Comme il est essentiel au point de vue du traitement d'être très précis et qu'ici ce n'est pas toujours facile en clinique, nous devons reprendre les uns après les autres les diagnostics en présence, examiner leurs symptômes en détail et spécifier exactement par quels caractères nous pouvons les distinguer des kystes dermoïdes et des « fistules congénitales » de la région.

Le SPINA-BIFIDA, quoique rare, existe au sacrum. Les méninges rachidiennes avec le *filum terminale* font hernie généralement par un des trous sacrés et constituent une poche aponévrotique, parfois très volumineuse, pleine de liquide sous-arachnoïdien. Elle se présente et se développe avant la naissance et non plus tard, siége derrière le sacrum reste stationnaire en général, mais peut, même après 50 ans, subir des poussées, des augmentations de volume, et présente comme caractères physiques : une forme arrondie, en poire, avec une fréquente dépression centrale, due à l'insertion où aboutit l'extrémité de la moëlle spinale ; cependant cette ombilication, qui est la règle dans le spina-bifida lombaire, est l'exception dans celui de la région sacrée ; un volume considérable, celui d'une orange ou même d'une tête ; des

limites absolument nettes ; un pédicule qui s'enfoncé le plus souvent dans un des trous sacrés, c'est-à-dire latéralement ; une surface lisse avec une ou deux grosses bosses parfois, une peau mobile, normale ou amincie, mais non enflammée, sauf en cas d'érosion par blessure ; une consistance très molle, élastique, une fluctuation évidente, point d'œdème, une grande mobilité de la tumeur, une sensibilité légèrement douloureuse non pas spontanément mais à la pression par laquelle on peut réduire une partie du liquide dans le canal rachidien. Cette manœuvre, qui réussit moins dans le spina-bifida sacré que dans celui des autres régions, occasionnerait des troubles paralytiques. L'effort, la toux produiraient une expansion de la poche. Température normale. Point de ganglions. La tumeur est transparente. Enfin, von Recklinghausen attribue à la présence d'un développement anormal du système pileux à la région sacrée une véritable valeur diagnostique, permettant même à l'occasion d'affirmer un spina-bifida latent ou caché.

Ce qui distingue le spina-bifida du kyste dermoïde, c'est en somme l'âge toujours si jeune, le volume trop considérable, parfois le pédicule à insertion latérale fréquente dans un trou sacré, l'ombilication possible de la poche, la mobilité de la tumeur, la légère douleur provoquée par la pression, quelquefois la réductibilité avec symptômes paralytiques, peut-être l'expansibilité, enfin surtout la transparence et comme dernier caractère, l'hypertrichose sacrée.

Les KYSTES SÉBACÉS, en général multiples, se présentent à tout âge, mais guère à la naissance, dans toutes les régions où existent des glandes sébacées. Ils siègent superficiellement dans la peau même, ont un développement insidieux et une

marche tantôt rapide, tantôt extrêmement lente, car ils peuvent rester stationnaires et ne point gêner pendant des années. Ils ont un volume variant d'un petit pois à une grosse noix, une forme arrondie, des limites nettes, une surface sans bosselures, saillante et soulevant la peau, une adhérence intime avec le revêtement épidermique, au moins toujours en un point central, noir, formé par l'orifice obstrué de la glande qui est devenue ce kyste. La consistance est ferme, pâteuse, point ou peu fluctuante. Pas d'œdème. La tumeur est très mobile sur les parties profondes. La sensibilité et la température sont normales.

Les différences entre les kystes sébacés et les kystes dermoïdes sont donc la multiplicité des premiers, leur rareté à la naissance, leur siège superficiel dans la peau, la saillie plus accentuée qu'ils font à cause précisément de ce siège, leur adhérence à la peau, l'orifice noir de leur canal bouché, et leur parfaite mobilité sur les tissus sous-jacents.

Le CARCINOME doit être diagnostiqué d'avec le kyste dermoïde à deux périodes différentes de son évolution : avant et après qu'il s'est ulcéré. Dans le premier cas il forme une tumeur et dans le second il suppure comme un kyste peut le faire.

Le carcinome solide et non fluctuant apparaît entre 30 et 60 ans, rarement avant, quelquefois après, dans toutes les régions du corps, surtout au sein, dans les os (maxillaire supérieur), la peau, etc. Il peut donc se rencontrer dans la région sacrée. Sa marche est en général rapide, varie suivant les régions, dure en moyenne de 1 à 3 ans. S'ulcère de bonne heure.

Ses caractères physiques sont : un volume qui est au début

celui d'une noisette, d'une pomme et plus au bout d'un an, des limites très nettes ; une peau non mobile, adhérente à la tumeur, ratatinée, plissée, rouge aux points où elle s'infiltré et où elle va s'ulcérer, ce qui arrive assez rapidement. Cette ulcération se fait par infiltration morbide de la peau et non par amincissement, tantôt il y a transformation purulente du centre à la périphérie, de dedans en dehors de la masse néoplasique ; tantôt il y a ramollissement rapide de quelque point périphérique du carcinome. Il se produit dès lors une sécrétion séreuse, sanieuse, purulente, nauséabonde et infecte. La forme de la tumeur carcinomateuse est lobulée, bosselée, ou plus ou moins plane. Consistance ferme, presque dure au début. Jamais de fluctuation. La mobilité de la tumeur est nulle ; elle est solidement fixée aux tissus envahis. La sensibilité spontanée est exagérée, douloureuse parfois, disparaît pour reparaitre. La sensibilité provoquée augmente par la pression. La température s'élève dans le processus ulcéreux. Infection rapide des ganglions de la région.

Ce qui différencie ce carcinome des kystes dermoïdes, c'est donc essentiellement : l'âge plus tardif de son apparition, sa marche beaucoup plus vive, son volume rapidement plus considérable, l'adhérence, l'infiltration, l'inflammation et l'ulcération précoce de la peau, l'absence complète de fluctuation, l'exagération des sensibilités spontanée et provoquée et l'engorgement ganglionnaire.

Nous ne visons pas ici le carcinome osseux qui pénètre d'éléments carcinomateux toutes les parties de l'os présentant la tumeur, os qui s'amincit et se perfore comme l'os carié. L'ostéo-carcinome renferme d'autres fois une néoformation osseuse dans le tissu cancéreux, produite aux dépens du

périoste ; cette tumeur est traversée par un stroma osseux très délicat.

Quand le carcinome s'est ulcéré, la tumeur quoique vidée ne disparaît pas complètement, loin de là ; son ouverture cutanée ne se trouve pas au centre d'un entonnoir de peau mince et fine, sa sécrétion reste infecte et les ganglions engorgés servent de témoins. La confusion avec un kyste dermoïde ulcéré n'est donc pas davantage possible à cette période.

L'ENCÉPHALOÏDE OU CARCINOME MÉDULLAIRE se forme dans l'enfance et l'adolescence. Rare dans l'âge adulte et plus rare encore dans la vieillesse. Congénital au sacrum, on l'y trouve associé à des kystes séreux. Il naît dans l'os et le périoste, surtout au fémur, au tibia ; dans les articulations, le plus fréquemment du genou, de la hanche, du pied ; dans l'omoplate et le maxillaire supérieur assez souvent. Dans le testicule, dans la glande mammaire, dans l'utérus chez les toutes jeunes filles, dans le tissu conjonctif sous-cutané et dans les muscles enfin d'une partie quelconque du corps. Sa marche est très rapide. Certains encéphaloïdes arrivent à leur fin en quelques mois. Ils y mettent en général de 6 à 8 mois. Leurs caractères physiques : volume très considérable d'ordinaire ; limites diffuses ; forme saillante ; surface bosselée non très uniforme ; peau assez colorée, rouge, épaissie, infiltrée et s'ulcérant de la sorte et non point par distension comme celle du sarcome. Il peut y avoir un réseau veineux sur la tumeur. Les adhérences de la peau au néoplasme se forment de bonne heure au niveau de l'ulcération future. La consistance est molle, inégale, non la même partout. La fluctuation est nette, ne se distingue

souvent pas de celle qu'on observe dans des sacs pleins de liquide. La mobilité de la peau cesse dès qu'il y a des adhérences. La mobilité de la tumeur est nulle. La sensibilité augmente assez rapidement. La température est normale jusqu'au travail d'ulcération et d'inflammation. Les ganglions enfin participent rarement de bonne heure à l'affection ; ils n'y prennent souvent aucune part.

En résumé, nous ne distinguerons l'encéphaloïde des kystes dermoïdes que par les caractères suivants : la marche très rapide de ce néoplasme, son volume très considérable, ses limites diffuses, sa forme saillante, l'infiltration et l'adhérence cutanées, l'exagération de la sensibilité.

Le SARCOME peut être congénital ; se développe dès l'époque de la dentition jusqu'à 40 ans, mais on en a vu à tout âge. Ceux du maxillaire inférieur se montrent assez souvent pendant la deuxième dentition. Toutes les régions du corps peuvent en présenter ; fréquents au maxillaire inférieur (épu-lis), on les voit assez souvent au centre des os longs : fémur, tibia, radius, cubitus. Dans ceux-ci l'os est à peu près détruit, mais le périoste reforme continuellement un tissu osseux nouveau qui fait une coque à la tumeur. Des sarcomes existent encore dans le tissu conjonctif sous-cutané, dans la peau, les aponévroses et les muscles. Ils sont souvent multiples. La marche du sarcome est plus lente que celle du carcinome, mais elle est variable et irrégulière, souvent imprévue, avec des temps d'arrêt. Comme caractères physiques il offre un volume variable ; des limites nettes grâce à une capsule fibreuse quand il s'agit d'un sarcome dur, diffuses dans le sarcome mou ; une forme saillante d'autant plus que le sarcome est plus dur, encore saillante

mais plus ou moins aplatie dans le sarcome mou ; une surface point uniforme : une peau d'abord normale, puis distendue et s'ulcérant d'ordinaire ainsi par amincissement et non par infiltration et inflammation. La mobilité de cette peau est normale au début mais non plus tard par suite d'adhérences qui s'établissent. A la surface, des veines bleues, plus ou moins fortes, qui ne se voient qu'au niveau de la tumeur. La consistance est variable, parfois très ferme, élastique, parfois très molle, souvent inégale. La fluctuation, nulle dans le sarcome dur, peut être perçue en certains cas. La mobilité de la tumeur existe au début dans le sarcome dur mais non plus tard par suite d'adhérences qui s'établissent, cette mobilité n'existe jamais dans la forme molle de ce néoplasme. La sensibilité quelque peu exagérée l'est surtout par la pression. Température augmentée localement. Point de ganglions pris. L'auscultation montre que les sarcomes sont souvent très vascularisés car on peut quelquefois entendre un bruit de frottement, de souffle anévrysmatique très net.

Il résulte de ces données que le sarcome se distingue du kyste dermoïde par : sa multiplicité fréquente, sa marche moins chronique malgré ses caprices les plus imprévus, ses limites parfois diffuses, sa forme saillante, sa peau distendue et amincie, et les veines locales qui la sillonnent au seul niveau de la tumeur, la mobilité de la tumeur quelquefois, la sensibilité exaltée et douloureuse à la pression, l'augmentation locale de la température, et, parfois, le bruit de souffle anévrysmatique.

Le FIBROME apparaît entre 30 et 50 ans, rarement avant, plus rarement après ; dans la peau, dans l'utérus, son siège le plus fréquent ; dans le périoste des os du crâne (sphénoïde)

du tibia, de la clavicule, formant des tumeurs très vasculaires, se pédiculisant, et se présentant comme polypes fibreux des fosses nasales, du pharynx, de l'antre d'Highmoore. Il peut donc se montrer partout. Sa marche est très lente pour le fibrome pur ; elle s'arrête à un âge avancé. Le début n'est pas toujours connu du malade vu l'indolence de la tumeur. Son volume varie de celui d'une lentille (à la peau) à celui d'une tête d'enfant (dans l'utérus). Limites nettes. Peau normale sans adhérences, mais pouvant se pigmenter et s'ulcérer. Forme variable, surface saillante. Consistance très dure, « fibreuse ». Point de fluctuation. Mobilité parfaite de la peau et souvent aussi de la tumeur. Sensibilité nulle, augmentée seulement quand les nerfs sont compris dans le néoplasme. Température normale. Point de ganglions.

Le fibrome ne peut donc être confondu avec le kyste dermoïde, vu : l'âge tardif de son apparition, la saillie plus forte qu'il fait, sa consistance surtout beaucoup plus dure et caractéristique, l'absence totale de fluctuation et parfois la mobilité de la tumeur.

Le MYXOME, tumeur rare, le plus souvent combinée à d'autres néoplasmes, est tantôt dur et fibreux, tantôt pur et fluctuant. Cette dernière forme a été dénommée Sarcome à cellules étoilées, Billroth l'appelle Myxosarcome, J. Müller : Collonema ou Sarcome colloïde. Il se développe dans l'âge moyen, mais peut être congénital. Ses régions sont le placenta, la boule graisseuse de Bichat, les parotides, les seins, les os, la moëlle osseuse, la moëlle épinière, le tissu conjonctif sous-cutané. Son siège est superficiel. Marche lente. Volume variable. Limites nettes grâce à une capsule d'enveloppe. Peau normale. Forme bosselée. Surface plutôt sail-

lante. Consistance molle, élastique, inégale, non la même partout. La fluctuation peut souvent être perçue. La mobilité de la peau est parfaite, celle de la tumeur existe. Sensibilité nulle. Température normale. Point de ganglions.

Les caractères qui différencient le myxome du kyste dermoïde sont : sa rareté, souvent l'âge plus avancé, le siège superficiel, et la saillie de la tumeur.

Le LIPOME paraît aussi entre 30 et 50 ans, mais est parfois congénital. Son développement s'arrête alors après la naissance. Il se voit partout où existe beaucoup de tissu adipeux : tronc, dos, nuque, parois abdominales, tissu conjonctif sous-cutané. Siège superficiel. Marche extrêmement lente, peut rester stationnaire. Volume variable, parfois très grand. Limites assez nettement circonscrites par une gaine conjonctive qui sépare le tissu graisseux normal de la région et le tissu adipeux néoplasique : « lipôme circonscrit ». Cependant l'on observe des « lipômes diffus », gonflements sans démarcation. Forme ronde. Surface lobée, grâce aux mailles du tissu conjonctif. La peau n'adhère pas, s'épaissit ordinairement, se distend à la longue, se pigmente en brun. La consistance varie selon la quantité du tissu conjonctif : le lipôme fibreux est dur, élastique ; le lipôme pur, non fibreux, est mou, fluctuant. Cette fluctuation peut encore prendre naissance dans la forme dure du lipôme quand il subit des modifications : le tissu graisseux peut se transformer en liquide huileux. En pressant la tumeur entre les doigts on sent à la surface une série de petites bossules, ou une masse granuleuse pouvant donner une sensation de crépitation. Rarement la peau s'immobilise, adhère grâce à une inflammation, une ulcération, et s'il en existe l'ulcération qui est due à des irri-

tations extérieures est en général peu profonde. La tumeur elle-même est mobile. La sensibilité n'est pas augmentée, à moins que quelque nerf ne soit pris par hasard dans le néoplasme. Température normale. Aucun ganglion.

Le diagnostic d'avec le kyste dermoïde sera donc basé pour le lipôme sur : l'âge en général plus avancé, le siège plus superficiel, les limites quand elles sont diffuses, la sensation de bossules et de crépitation qu'on peut déterminer et la mobilité de la tumeur elle-même.

L'ENCHONDROME est fréquent avant la puberté, mais peut s'observer plus tard aussi, peut-être quand le début a passé inaperçu. Se développe partout où il existe des os et du cartilage, rarement à la face et au crâne, surtout aux doigts, au fémur, au bassin. Marche très lente, irrégulière ; il croît par périodes. Volume variable, peut atteindre celui d'une tête d'adulte et plus. Limites très nettes. Forme arrondie. La peau peut être normale, se distendre, adhérer, s'ulcérer. Consistance très dure, élastique, caractéristique quand la tumeur n'a pas subi de métamorphose, telle que la dégénérescence muqueuse. Point de fluctuation à moins de ramollissement. La tumeur est immobile, adhérente aux os et aux parties profondes. Sensibilité nulle. Température normale. Aucun ganglion.

Du kyste dermoïde l'enchondrome se différencie par sa seule consistance, dure et point molle, élastique surtout et non pâteuse.

Les OSTÉOMES sont tantôt des exostoses spongieuses ou épiphysaires, tantôt des exostoses éburnées. Celles-ci existent surtout chez les jeunes gens avant 30 ans, et avant 24 ans pour les exostoses épiphysaires et spongieuses. Presque

jamais dans l'enfance ni la vieillesse. Les régions où l'on en trouve sont : 1° les épiphyses des os longs, surtout du tronc, du péroné, de l'humérus pour les « exostoses spongieuses, » et 2° les os de la face et du crâne, le bassin, l'omoplate, le gros orteil, etc. les tendons, aponévroses, muscles (deltoïde des soldats), enveloppes du cerveau et de la moëlle, pour les « exostoses éburnées. » Marche très lente ; les ostéomes finissent par s'arrêter. Volume variable. Limites très nettes. Forme arrondie. Surface bosselée ou unie. Peau normale. Consistance typique, osseuse, pierreuse. Pas de fluctuation. Mobilité de la peau parfaite. La tumeur est fixée à l'os le plus souvent. Sensibilité nulle à moins de compressions nerveuses. Température normale. Aucun ganglion.

Pour distinguer l'ostéome du kyste dermoïde nous n'avons encore que sa consistance. Elle n'est pas seulement ferme et dure mais pierreuse et sans nulle élasticité.

Le KYSTE SANGUIN, tumeur rare, se trouve chez les adultes et les vieillards, mais peut être quelquefois congénital. Existe dans le tissu conjonctif sous-cutané du cou, de l'aisselle, de la poitrine, de la cuisse. Marche lente. Volume variable. Forme, plutôt saillante. Limites nettes car le sang est contenu dans une poche. Surface lisse, tendue, assez égale. Consistance molle, élastique. La fluctuation existe, évidente ; inégale s'il y a des caillots. Peau normale, mobile de même que la tumeur. Sensibilité nulle. Température normale. Point de ganglions.

De sorte que les différences entre ces deux kystes : dermoïde et sanguin, sont : le siège plus superficiel, sous-cutané de ce dernier, sa saillie sous la peau, sa consistance élastique et non pâteuse, et sa fluctuation plus nette.

Le KYSTE SÉREUX, rare dans l'enfance et la jeunesse, existe surtout chez les adultes et les vieillards, partout où il peut se former une poche à contenu séreux. Marche très lente. Caractères physiques : les mêmes que pour le kyste sanguin. De plus il est transparent.

Caractères différentiels d'avec le kyste dermoïde : le kyste séreux est superficiel, fait saillie, est élastique et non pâteux, sa fluctuation est plus nette et il est transparent.

La GOMME SYPHILITIQUE est généralement multiple, peut exister à tout âge, et dans toute région. Par conséquent aussi dans celle du sacrum et du coccyx, quoiqu'elle préfère le tissu sous-cutané des membres, le tissu sous-muqueux de la bouche, du pharynx, du nez, et qu'elle siège plus souvent sous le périoste du crâne, sous celui des os longs des membres inférieurs et du tibia particulièrement, enfin dans les organes viscéraux. Fait remarquable, elle semble se développer surtout au niveau des points qui subissent de fréquents traumatismes. Dans la région dont les néoplasmes nous intéressent ici cette tumeur tertiaire de la luës peut se montrer dans le tissu conjonctif qui tapisse la face profonde de la peau, mais elle peut apparaître aussi dans le périoste et le tissu osseux du squelette sacré. Son développement est silencieux et le malade en ignore parfois l'existence. La marche de la gomme est chronique, elle peut se ramollir, s'ulcérer, se vider ; mais peut aussi finalement se résorber. Volume variable, très petit ou bien atteignant jusqu'à celui d'un œuf de poule. Limites d'une netteté qui n'est que relative dans la forme circonscrite ordinaire ; mais il existe des gommés enkystées dans une véritable poche conjonctive et leurs limites sont alors parfaitement précises. Peau normale et mobile

tant que le néoplasme ne s'ulcère pas. Forme globuleuse, sans bosselures. Surface saillante quand le néoplasme est sous-cutané, à peine appréciable quand il fait corps avec l'os. Consistance ferme, uniforme, mais plutôt un peu pâteuse qu'élastique. En général, pas de fluctuation, sauf quand le centre se ramollit. La tumeur est mobile quand elle ne siège que dans les parties molles sous la peau, immobile quand elle adhère au squelette. Dans le premier cas la sensibilité n'est point réveillée car ces gommes sont indolores en elles-mêmes ; dans le second il peut exister de véritables douleurs ostéocopes nocturnes. Température normale. Point de ganglions engorgés de par la tumeur luétique, à moins de suppuration.

La multiplicité des gommes syphilitiques, leur siège superficiel et la saillie qui en résulte, la netteté toute relative de leurs limites, leur mobilité sur les plans sous-jacents, et leurs douleurs ostéocopes sont, chacun, de bons caractères qui les différencient du kyste dermoïde. Mais tous peuvent faire défaut. La recherche des stigmates de lésions syphilitiques antérieures ou concomitantes fournit alors au diagnostic un appoint précieux. Ainsi des cicatrices étoilées. Et remontant enfin dans l'anamnèse du malade on pourra trouver encore la clef du diagnostic différentiel. Mais à défaut de diagnostic il faut encore se servir de l'iodure de potassium comme pierre de touche, car « naturam morborum curationes ostendunt. »

L'ABCÈS FROID peut exister à tout âge, surtout dans la jeunesse, et surtout dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il provient des os (carie), des articulations, des ganglions, ou bien est formé dans les parties molles, indépendamment

des parties sus-nommées. Le gonflement en est le premier symptôme. Marche lente, relativement aux abcès chauds, rapide en comparaison des kystes dermoïdes. Volume variable. Forme peu saillante, étalée. Limites plus ou moins nettes suivant la profondeur de l'épanchement et le décollement plus ou moins considérable des tissus. Surface lisse, tendue, égale. Peau point ou peu enflammée. Pas d'œdème. Consistance assez ferme au début, puis pâteuse. La fluctuation apparaît au bout d'un certain temps. La tuméfaction n'est pas mobile sur les parties sous-jacentes. La sensibilité offre beaucoup de variations. En général, il n'y en a point dans les affections chroniques à marche très lente. D'autres fois la douleur est très violente, lancinante, spontanée aussi bien que provoquée par une légère pression. Température normale ou peu augmentée. D'ordinaire il n'y a aucune fièvre, mais si le malade est affaibli par une longue suppuration il peut présenter une fièvre hectique continue ou rémittente, avec de grandes variations de la température générale du corps. Il peut y avoir des ganglions.

Les différences d'avec le kyste dermoïde sont donc : la marche généralement plus rapide de l'abcès froid, sa forme étalée, ses limites moins nettes ou même diffusées, sa consistance très pâteuse, parfois sa douleur, parfois enfin la fièvre et l'état général du malade, et la présence possible de ganglions engorgés.

L'ABCÈS CHAUD. Quand une cavité du tégument ou un kyste dermoïde s'enflamme, ils présentent tous les symptômes de l'abcès chaud. Pour l'en distinguer il faut remonter dans l'anamnèse, rechercher l'étiologie et surtout le début. Car un abcès chaud peut se développer : 1° à la suite de

maladies infectieuses (fièvre typhoïde, etc.); 2° à la suite de lymphangite (examen des lymphatiques, des parties voisines, écorchures, piquûres, etc); 3° à la suite d'ostéopériostite, d'ostéite, de carie; 4° à la suite de ganglions suppurés, d'adénite aiguë; 5° ou spontanément.

Et si l'histoire ou l'examen du malade décèlent ainsi une origine précise le diagnostic est tout porté, sinon, il reste un dernier moyen de distinguer l'abcès spontané du kyste en suppuration.

Au point de vue topographique, en effet, dans l'abcès chaud le pus qui se collecte provient : 1° du tissu cellulaire sous-cutané, ce qui donne tantôt un phlegmon diffus, tantôt un phlegmon circonscrit; 2° d'un organe voisin suppuré, tel que les ganglions. Dans le premier cas la douleur est le symptôme initial : « (1) dolor, (2) tumor, (3) rubor, (4) calor ». Dans le deuxième, le malade s'aperçoit d'abord d'un gonflement de la partie qui va suppurer — et la douleur ne survient que plus tard.

Ainsi donc en dehors de toute cause étiologique définissable, si la tuméfaction enflammée que nous voyons dans la région sacro-coccygienne s'est révélée par une douleur comme symptôme initial, c'est un abcès; si elle a débuté par un gonflement, par une grosseur, et que la douleur ne soit venue que plus tard, nous pouvons affirmer le diagnostic de kyste dermoïde suppuré.

Le CANCROÏDE apparaît de 50 à 60 ans, surtout à la tête, au cou, au sein, aux organes génitaux et à l'anus. Marche très rapide; l'ulcération existe presque d'emblée; parfois elle s'accompagne de douleurs à caractère névralgique. Elle est fongueuse, entourée d'un bourrelet saillant, sanguinolent,

sanieuse infecte, et ne peut être confondue avec un kyste dermoïde ouvert et suppurant, dont l'orifice est petit, sans gros bourrelet, au fond d'un entonnoir de peau mince et fine.

Une FISTULE pouvant provenir, soit d'une dépression cutanée congénitale, profonde, enflammée, sécrétante, soit d'un kyste dermoïde en suppuration, nous devons rappeler que les fistules en général peuvent avoir pour origine dans la région sacro-coccygienne : un os, une articulation, un abcès tuberculeux, un abcès chaud simple, une tumeur, la séreuse encéphalo-rachidienne, une dépression congénitale devenue purulente ou un kyste suppuré.

L'examen histologique de l'écoulement qui se fait par l'orifice fistuleux renseignera souvent d'emblée sur le diagnostic définitif, car dans la sécrétion purulente d'un kyste dermoïde ou d'un enfoncement ectodermique il n'est pas rare de retrouver les éléments ordinaires de leur contenu, cellules épithéliales, poils, etc., mais ce n'est pas absolument la règle.

L'examen de la colonne vertébrale, du sacrum et des os iliaques, démontrera si la fistule provient *des os* ou *des articulations*.

L'existence *d'une tumeur* lèvera les doutes en d'autres cas, le diagnostic en étant établi comme il doit l'être pour toute tuméfaction.

L'historique, l'étiologie, la douleur initiale du début prouveront ailleurs qu'il s'agit *d'un abcès chaud* dont l'ouverture est devenue fistuleuse.

La nature de l'écoulement, son examen histologique et bactériologique, la multiplicité des orifices fistulaires, déchiquetés, irréguliers, l'état général et la fièvre du malade don-

neront parfois la preuve qu'il s'agit d'un abcès froid dont la membrane granuleuse continue à suppurer.

M. Verneuil (1), rapporte un cas de fistule sacrée consécutive à un abcès et donnant issue au liquide céphalo-rachidien. La suppuration semblait y être née sous le périoste au niveau du troisième trou sacré postérieur qu'on trouvait dilaté et à bords rugueux, et elle semble, tout en marchant en bas vers la peau, avoir atteint en haut et perforé le cul-de-sac terminal inférieur des méninges rachidiennes, d'où l'issue du liquide céphalo-rachidien. Dans ce cas il y avait des symptômes névropathiques : une pseudo-sciatique par irritation directe du plexus sacré, et des accès espacés d'état stertoreux et comateux. L'abondance d'une part, et l'examen d'autre part, microscopique et chimique, du liquide qui s'écoulait, permirent seuls d'arriver au diagnostic (2).

Mais en cas de kyste dermoïde suppuré, fistuleux, ainsi que de « fistule congénitale », de dépression cutanée en doigt de gant dont le contenu accumulé, a fini par établir une suppuration qui s'écoule d'une façon permanente, nous

1. *Congrès français de Chirurgie*, 1891, p. 145. Fistule de la région sacrée consécutive à un abcès et donnant issue au liquide céphalo-rachidien.

2. Voici les caractères du liquide céphalo-rachidien.

Claude Bernard : il y existe de la glycose.

Ch. Robin : eau, urée, cholestérine, graisse, matières albuminoïdes, lactate de soude, carbonate de potasse et de soude, sulfate de soude, phosphates alcalins et terreux.

Gautier : liquide alcalin, salé, contenant une matière albuminoïde analogue à la caséine, matières minérales riches en phosphates et en sels de potasse, contenant une matière offrant les réactions de la glycose, mais infermentescible.

apprendrons d'abord qu'il existait une tuméfaction, avant la douleur ni aucun autre symptôme inflammatoire, que le siège de cette tuméfaction était, au moins en cas de kyste, exactement médian dans le pli interfessier; nous verrons qu'il existe peut-être encore une légère couronne circulaire plus ou moins saillante et reconnaissable indiquant les limites nettes de la poche. La peau souvent mince, fine, rouge, lisse, est déprimée en entonnoir au centre duquel se trouve l'orifice du kyste vidé. Les bords de cet orifice ne sont pas épaissis en bourrelet. L'ouverture fistuleuse est-elle congénitale, ses bords ne ressemblent pas davantage à ceux des fistules inflammatoires ordinaires, n'ont pas de bourrelets rouges, saillants, en cul-de-poule, mais sont nets et formés par la peau saine qui s'invagine simplement dans le trajet fistuleux. Il n'y a souvent qu'une ouverture fistulaire unique. Le fond n'en est pas bourgeonnant, ne présente point de granulations grises, c'est-à-dire de tubercules. Le stylet explorateur démontre, en cas de kyste, l'existence d'une cavité, d'une poche memfraneuse, et surtout, qu'il s'agisse d'un kyste ou d'une fistule congénitale, le stylet ne touche nulle part le tissu dénudé du squelette osseux. D'autre part, quand l'ouverture d'un kyste s'est faite à distance, par un trajet fistuleux avec orifice de fistule ordinaire, inflammatoire, à bords renversés en bourrelets saillants et sanieus, le trajet en question vient toujours aboutir sur la ligne médiane à une poche dont l'existence est décelée par une dépression tégumentaire, où la peau sera tantôt normale, tantôt altérée par l'inflammation du kyste.

Finalement, quoique cela n'ait guère d'importance prati-

que, nous pouvons même, dans certains cas nets, distinguer à la région sacro-coccygienne entre la fistule d'origine kystique et celle d'une dépression cutanée congénitale profonde. Cette dernière n'aboutit pas à une poche si arrondie, ne se dirige pas forcément vers la ligne médiane lorsqu'elle siège latéralement, et son parcours n'est pas flexueux comme l'est parfois celui de la fistule kystique ouverte à distance.

PRONOSTIC

En thèse générale les kystes dermoïdes rentrent par définition dans les tumeurs les plus franchement bénignes. Ces kystes n'influencent pas l'économie tout entière comme le font un carcinome, un sarcome, et ne produisent aucune cachexie capable de menacer l'existence de l'individu.

Les accidents et transformations mêmes qui viennent les modifier n'ont rien de bien grave à l'ordinaire, quelle que soit la région envahie. Un kyste devenu huileux, calcifié ou enflammé, purulent, n'est cependant pas dangereux pour la vie.

Et si la possibilité de ruptures des kystes dermoïdes de la région sacro-coccygienne doit être plus grande qu'en d'autres parties du corps, vu les traumatismes et les chocs plus fréquents ici, la gravité n'en sera guère à redouter.

La transformation du kyste en néoplasmes d'autre nature est sans doute possible, mais fort peu à craindre également. Heschl, Schröder ont bien vu du cancer s'y former ; Cornil et Babinsky, de l'épithélioma pavimenteux lobulé ; Unverricht du sarcome, Spiess de l'encéphaloïde et Czerny de l'épithélioma dans une tumeur sacrée (1). Heurtaux (2) signale un cas de dégénérescence cancéroïde qu'il a vu sur-

1. Lannelongue et Achard.

2. *Nouv. Dict. de méd. et chir. prat.*, art. *Kyste*.

venir à propos d'un kyste sébacé du cuir chevelu. L'observation XXII, de M. Le Dentu, montre un kyste dermoïde coccygien qui semble en voie de transformation néoplasique. Mais c'est chose fort extraordinaire en somme, et la crainte de ces transformations est plutôt théorique ; due probablement à ce que le kyste dermoïde est une cavité cutanée dont la peau, comme celle de tout le tégument, peut être l'origine par exemple de quelque épithélioma.

Malgré cette innocuité relative des kystes dermoïdes il est nécessaire d'en savoir à l'occasion reconnaître la présence, car leur diagnostic prend une importance toute spéciale en raison du préjudice que cause au patient une erreur de diagnostic.

En effet, ces kystes sont petits, silencieux dans leur évolution, nullement douloureux et si peu gênants que le porteur ne se doute parfois même pas de leur existence. Puis, un beau jour, sous l'influence d'une cause banale, anodine jusque-là, tout à coup la poche s'enflamme, devient douloureuse, grosse, rouge et brûlante. La phlogose aboutit à la suppuration. L'on croit qu'il s'agit d'un abcès ou d'un furoncle vulgaire, et comme les kystes dermoïdes ne sont pas réputés fréquents en cette région, si le chirurgien n'a pas l'attention spécialement attirée sur le développement particulier de ce processus phlegmasique, il traite son malade comme s'il n'avait qu'un abcès ordinaire ou quelque kyste sébacé.

Ce que nous disons du kyste s'applique également à la fistule dite congénitale, à l'*infundibulum* cutané dont le contenu s'accumule et provoque la suppuration. Une fistule congéni-

taille intarissable depuis fort longtemps en imposera surtout pour un abcès froid, pour une lésion tuberculeuse.

Mais l'incision, l'injection irritante, la cautérisation, le curettage ou l'extirpation incomplète que fera le praticien par suite de son erreur quelconque de diagnostic expose le malade presque fatalement à perdre des semaines et des mois en soins inefficaces, car rien n'y peut sauf un traitement capable de faire disparaître dans son entier la cavité sécrétante.

A défaut de celui-ci le kyste enflammé peut guérir, se refermer, mais recommence à se remplir, à suppurer, à se vider, à se reproduire encore, toujours avec le même cortège pénible de douleurs et de gêne. Or, la région sacro-coccygienne est appelée sans cesse à supporter des pressions, des heurts. Les habits frottent et pèsent tout le jour sur elle et cette région supporte en partie le poids du corps dans la station assise. Le malade dont le kyste est enflammé ne peut marcher, s'asseoir, ni se coucher sur le dos. Il est obligé dès lors de suspendre tout travail jusqu'à la guérison qui risque de se faire attendre indéfiniment, et que l'on n'obtient que par une intervention chirurgicale appropriée, basée sur un diagnostic précis.

OBSERVATION I (inédite).

Due à M. Gérard Marchant.

N. J..., 26 ans domestique, entrée le 19 août 1892 à l'hôpital Laënnec, salle de chirurgie Chassaignac, lit n° 18, service de M. Nicaise, suppléé par M. Gérard-Marchant.

Rien à signaler au point de vue héréditaire.

Amygdalites fréquentes depuis l'âge de 7 ans.

La malade entre dans le service avec un petit abcès indépendant qui s'est développé, il y a 15 jours environ, à la partie supérieure de la fesse droite. Cet abcès s'ouvre spontanément au bout de trois jours, laissant écouler un pus un peu grumeleux.

Sur la fesse gauche on remarque une petite cicatrice ; c'est la trace d'un abcès analogue qu'elle a eu quatre mois auparavant.

En faisant ces constatations on remarque, dans le sillon interfessier, un petit orifice, par lequel la pression fait sourdre une goutte de liquide séreux. Cet orifice est situé à la partie supérieure du sillon interfessier, à 10 centimètres en arrière de l'anus c'est-à-dire à peu près au niveau de la dernière pièce du sacrum. Un stylet introduit par cette ouverture s'enfonce de deux centimètres dans une direction un peu oblique en bas et en avant. Il semble que l'extrémité du stylet soit libre dans une petite cavité.

La malade ne s'était jamais aperçue de la présence de ce trajet fistuleux qui ne l'incommodait en rien. Mais elle avait bien remarqué depuis longtemps déjà que sa chemise présentait fréquemment de petites taches grisâtres sur la partie qui recouvre la région sacrée. Elle ne savait d'où cela pouvait venir.

Opération par M. G. — Marchand. — Faite le 23 août 1892. Chloroforme. Extirpation de la fistule avec les tissus environnants.

L'on trace au bistouri une courbe de forme elliptique, ayant pour centre l'orifice du trajet fistuleux; le grand axe est vertical et mesure 6 centimètres, le petit, transversal, en a 4. Les incisions sont faites très profondes, jusqu'à l'os, et l'on excise toutes les parties molles qu'elles circonscrivent. On rapproche alors les bords de la perte de substance par des sutures transversales, à points séparés, faites à la soie. Pansement à la gaze iodoformée. (On profite de l'anesthésie de la malade pour gratter à la curette l'abcès de la fesse droite, dont la cicatrisation se produit ensuite très vite).

Premier pansement le 28 août; mais les fils de suture ne sont retirés que le 4 septembre, c'est-à-dire le douzième jour après l'opération. Ici, les lèvres très épaisses de la plaie se sont recroquevillées, la réunion ne s'est pas faite par première intention, et la perte de substance a dû se combler par granulation; ce travail a duré deux mois, jusqu'à la fin d'octobre. Le 29 de ce mois la malade sort guérie.

Examen de la pièce enlevée. — Le trajet fistuleux a une longueur de 1 centimètre avant d'aboutir à une petite cavité qui peut contenir cinq ou six gouttes de liquide et qui est englobée dans le tissu adipeux sous-cutané. Les parois en sont à peu près lisses, de couleur rosée.

Sur les coupes histologiques on voit que la poche est formée d'un feutrage de tissu conjonctif dense, analogue à celui du derme cutané; on y remarque quelques petites papilles et quelques follicules pileux avec un poil embryonnaire. Pas de revêtement épithélial.

OBSERVATION I (inédite).

Due à M. Gérard Marchant.

N. J..., 26 ans domestique, entrée le 19 août 1892 à l'hôpital Laënnec, salle de chirurgie Chassaignac, lit n° 18, service de M. Nicaise, suppléé par M. Gérard-Marchant.

Rien à signaler au point de vue héréditaire.

Amygdalites fréquentes depuis l'âge de 7 ans.

La malade entre dans le service avec un petit abcès indépendant qui s'est développé, il y a 15 jours environ, à la partie supérieure de la fesse droite. Cet abcès s'ouvre spontanément au bout de trois jours, laissant écouler un pus un peu grumeleux.

Sur la fesse gauche on remarque une petite cicatrice ; c'est la trace d'un abcès analogue qu'elle a eu quatre mois auparavant.

En faisant ces constatations on remarque, dans le sillon interfessier, un petit orifice, par lequel la pression fait sourdre une goutte de liquide séreux. Cet orifice est situé à la partie supérieure du sillon interfessier, à 10 centimètres en arrière de l'anus c'est-à-dire à peu près au niveau de la dernière pièce du sacrum. Un stylet introduit par cette ouverture s'enfonce de deux centimètres dans une direction un peu oblique en bas et en avant. Il semble que l'extrémité du stylet soit libre dans une petite cavité.

La malade ne s'était jamais aperçue de la présence de ce trajet fistuleux qui ne l'incommodait en rien. Mais elle avait bien remarqué depuis longtemps déjà que sa chemise présentait fréquemment de petites taches grisâtres sur la partie qui recouvre la région sacrée. Elle ne savait d'où cela pouvait venir.

Opération par M. G. — Marchand. — Faite le 23 août 1892. Chloroforme. Extirpation de la fistule avec les tissus environnants.

L'on trace au bistouri une courbe de forme elliptique, ayant pour centre l'orifice du trajet fistuleux; le grand axe est vertical et mesure 6 centimètres, le petit, transversal, en a 4. Les incisions sont faites très profondes, jusqu'à l'os, et l'on excise toutes les parties molles qu'elles circonscrivent. On rapproche alors les bords de la perte de substance par des sutures transversales, à points séparés, faites à la soie. Pansement à la gaze iodoformée. (On profite de l'anesthésie de la malade pour gratter à la curette l'abcès de la fesse droite, dont la cicatrisation se produit ensuite très vite).

Premier pansement le 28 août; mais les fils de suture ne sont retirés que le 4 septembre, c'est-à-dire le douzième jour après l'opération. Ici, les lèvres très épaisses de la plaie se sont recroquevillées, la réunion ne s'est pas faite par première intention, et la perte de substance a dû se combler par granulation; ce travail a duré deux mois, jusqu'à la fin d'octobre. Le 29 de ce mois la malade sort guérie.

Examen de la pièce enlevée. — Le trajet fistuleux a une longueur de 1 centimètre avant d'aboutir à une petite cavité qui peut contenir cinq ou six gouttes de liquide et qui est englobée dans le tissu adipeux sous-cutané. Les parois en sont à peu près lisses, de couleur rosée.

Sur les coupes histologiques on voit que la poche est formée d'un feutrage de tissu conjonctif dense, analogue à celui du derme cutané; on y remarque quelques petites papilles et quelques follicules pileux avec un poil embryonnaire. Pas de revêtement épithélial.

OBSERVATION II (inédite).

Due à M. Gérard-Marchant.

M^{lle} E. P..., 25 ans, couturière, entrée le 12 novembre 1892 à l'hôpital Laënnec, salle Chassaignac, lit n° 17; service de M. Nicaise, suppléé par M. Gérard-Marchant.

Sa bisaïeule présentait une tumeur non opérée, indolente, qu'elle garda jusqu'à sa mort à 90 ans, et qui était située « près de l'œil », probablement vers la queue du sourcil, et qui semble avoir été un kyste dermoïde. Nul autre antécédent de famille.

Rougeole à 7 ans. A vécu à la campagne jusqu'à 11 ans, bien portante; fut dès lors chez les sœurs de Saint Vincent de Paul en ville et devint chloro-anémique. A 18 ans, une période de chlorose très accentuée. Pas de maladies dès lors.

Réglée à 16 ans, régulièrement, mais à intervalles de 6 semaines, mode qui a persisté jusqu'à ses 24 ans. Dès lors ses époques viennent tous les mois.

A 20 ans, pour la première fois, elle a eu sans cause connue, un petit abcès gros comme un pois à la région sacrée, dans le pli interfessier. Il s'est ouvert le quatrième jour. Sa présence permettait la marche et la station assise, mais non le repos dans le décubitus dorsal. Au niveau de la place occupée par ce petit abcès la peau se referma mais resta toujours très mince et rouge, et dès lors à chaque période menstruelle cette place devint sensible et quelque peu douloureuse.

A 24 ans, en 1891, exactement à la place même du premier petit abcès, s'en forma un nouveau qui devint volumineux comme une grosse noix au bout de huit jours. Dès le deuxième jour de la formation de cet abcès la malade était gênée au point de ne pouvoir marcher que les jambes écartées et de ne pouvoir s'asseoir ni se coucher sur le dos. Un docteur excisa la paroi super-

ficielle et cautérisa au nitrate d'argent la cavité, qui se referma au bout de quinze jours. Une petite peau mince oblitérait l'ouverture. Mais ce jour même la malade se heurta contre un angle de meuble. Le coup produisit une ouverture nouvelle d'où s'écoula du pus. Guérison cette fois au bout d'un mois et demi. La peau refermée, toujours mince et rouge, se rouvrait tous les mois à la fin de la période cataméniale pour livrer passage à quelques gouttes de pus. Les derniers jours de septembre 1892 un abcès se reforma encore, se vida, se referma, se rouvrit à la fin d'octobre, et cela toujours sans tuméfaction, au contraire ; l'on ne trouvait qu'un petit entonnoir.

A l'arrivée de cette malade on constate deux orifices : le premier situé à 10 centimètres en arrière de l'anus et à 1 centimètre à droite de la ligne médiane ; le second beaucoup plus petit, à 2 centimètres en avant du précédent. Ce dernier ne semble être qu'une dépression à vrai dire, car le stylet ne peut y être introduit. Dans le premier orifice par contre le stylet s'enfonce d'1 centimètre obliquement de haut en bas et dehors en dedans.

Opération par M. G.-Marchand. — Le 26 novembre 1892. Chloroforme. Ablation de la fistule et des tissus circumvoisins. On les circonscrit par des incisions profondes, de façon à creuser une perte de substance elliptique à grand axe vertical. Sutures transversales à la soie, points séparés. Petit drain. Pansement à la gaze iodoformée.

Premier pansement le 4 décembre, c'est-à-dire le huitième jour après l'opération. L'on enlève le petit drain et les fils de suture. Il y a réunion par première intention, sauf au niveau du tube de drainage. Le 24 la patiente sort guérie totalement.

Examen de la pièce enlevée. — En l'ouvrant on voit que le trajet fistuleux se dirige d'abord en bas et en dedans vers la ligne médiane, sur une longueur de 1 centimètre ; puis il suit cette ligne en se dirigeant en avant sur un espace de 2 centimètres,

pour aboutir à la dépression que nous avons signalée. Les parois du trajet sont tomenteuses. Sur les coupes histologiques ces parois se montrent formées de tissu conjonctif dense infiltré de nombreuses cellules embryonnaires. Cette infiltration est le résultat, comme elle est la preuve, d'un travail inflammatoire qui a dû modifier profondément ici la structure des parois de cette fistule.

OBSERVATION III (inédite).

Communiquée par M. Mauclaire, prosecteur de la Faculté.

Le malade L.. est un homme de 25 ans, comptable.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, soit du côté de ses ascendants, soit de celui de ses collatéraux, ni dans ses antécédents personnels. Il n'avait jamais été malade jusqu'à il y a un an, époque à laquelle il dit avoir eu un clou à la région sacro-coccygienne, entre les deux fesses suivant son expression. Ce clou a quelque peu suppuré, puis la plaie s'est refermée. Mais à son étonnement la suppuration apparaissait de nouveau, discontinuait pour reparaitre encore, et ainsi de suite pendant une année.

Tantôt c'était du pus qui sortait, tantôt c'était une matière jaune graisseuse.

C'est au début d'une nouvelle phase de suppuration qu'il entre à l'hôpital Lariboisière, salle Chassaignac, n° 17, dans le service de M. Berger, remplacé par M. Gérard-Marchant.

En examinant la région sacro-coccygienne nous trouvons à six centimètres au-dessus de la pointe du coccyx et exactement sur la ligne médiane, trois petites dépressions superposées et offrant à peine 2 à 3 millimètres de profondeur. Le fond de ces dépressions est recouvert par la peau, qui est saine. Ceci tout d'abord éveilla notre attention. Puis au-dessus de ces trois petites dépres-

sions et à 10 centimètres environ de la pointe coccygienne existe encore un orifice en cul-de-poule se continuant avec un trajet profond.

En explorant ce trajet nous ne fûmes pas étonnés de le voir aboutir à la face postérieure du sacrum en suivant une direction légèrement ascendante. Les parois du trajet paraissent très résistantes et dans le fond on ne sent pas d'os dénudé.

Sur le reste du corps il n'existe pas d'autre malformation.

Opération par M. Gérard-Marchant. A l'aide du bistouri, excision totale, elliptique, en circonscrivant bien les parois de la fistule. Légère cautérisation du fond par le thermocautère. Ablation des fils le sixième jour. Guérison rapide par première intention.

L'on a trouvé des poils roux dans la fistule.

OBSERVATION IV (inédite).

Communiquée par M. Mauclaire, prosecteur de la Faculté.

M^{lle} L. G..., à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, n° 14 ; service de M. Berger remplacé par M. Gérard-Marchant.

Jeune fille de 19 ans, de forte constitution et de formes très exubérantes. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, soit ascendants, soit collatéraux, ni dans ses antécédents personnels.

Il y a deux ans, la malade souffrit d'un abcès dans la région interfessière, mais il ne dura qu'une quinzaine de jours. L'année dernière nouvel abcès qui se formait et se vidait de temps à autre, mais ce suintement entre les fesses n'inquiétait pas la malade, vu la corpulence qu'elle avait. A la suite d'une nouvelle poussée enfin, cette jeune fille entre à l'hôpital pour en finir.

A l'examen de la région nous trouvons à 6 centimètres de la pointe du coccyx, dans le pli interfessier, une petite dépression

de 2 centimètres et demi de profondeur, légèrement ascendante, mais n'allant pas jusqu'à l'os. Un centimètre plus haut on trouve deux autres dépressions cutanées, superposées, qui admettent à peine une tête d'épingle. Enfin, à 10 centimètres de la pointe coccygienne se trouve un orifice assez large, en cul-de-poule, s'enfonçant directement vers le sacrum où la fistule aboutit après un trajet de 5 centimètres. De cette fistule s'écoule un liquide purulent peu abondant.

Pas d'autre difformité sur le reste du corps.

Opération par M. Mauclaire. Excision au bistouri. Suture. Drainage. Guérison assez longue, le trajet du drain restant quelque temps fistuleux et la compression étant difficile à faire vu la région, et vu l'adiposité extrême de la malade.

Finalement guérison parfaite au bout d'un mois.

Il existait de la matière sébacée dans la cavité fistulaire, preuve de la nature ectodermique de celle-ci.

OBSERVATION V (résumée).

Communiquée par M. Lannelongue à la Soc. de chir. le 15 mars 1882.

R. P..., 4 ans 1/2, robuste; tumeur sacro-coccygienne remarquée dès la naissance, augmentée surtout à partir de l'âge de 3 ans; du volume d'un gros marron, en forme d'œuf de pigeon, à grand axe vertical. Elle recouvre la partie inférieure du sacrum et surtout le coccyx, placée entre les fesses, à leur origine, pédiculisée, mobile sur le sacrum, attachée à la pointe du coccyx par un pédicule ligamenteux; rénitente, élastique et comme fluctuante. Point de bosselures. Peau intacte, amincie seulement sur la partie la plus saillante. Depuis quelque temps, elle est devenue le siège de quelques légères douleurs,

Le 4 février 1879, extirpation de la tumeur avec le thermocautère. Opération très simple et exsangue. Cicatrisation au bout de trois semaines.

L'examen de la tumeur fut fait immédiatement après l'opération. Au moment où la coupe en fut pratiquée, il s'écoula une faible quantité, quelques gouttes seulement, d'un liquide légèrement séreux. Une membrane épaisse, d'un blanc nacré, surtout vers la face interne, forme l'enveloppe du kyste; la peau lui adhère dans une certaine étendue. A part le liquide, le contenu se compose d'une matière sèche en lamelles accolées, d'un blanc de nacre. Vers le centre on y trouve quelques poils mélangés à ces feuillets de stratification. Ce contenu était tout composé de cellules épidermiques. La paroi était formée de tissu conjonctif dense, au sein duquel se trouvaient disséminées quelques glandes sébacées avec leurs follicules pileux.

OBSERVATION VI

De M. Heurtaux (de Nantes). *Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris*, 15 mars 1882.

Une fille de 20 à 22 ans, domestique, vint me consulter pour une douleur qu'elle éprouvait dans la région coccygienne. J'y trouvai à 15 ou 16 millimètres en arrière de la pointe du coccyx, un petit orifice circulaire, de trois millimètres de diamètre. En pressant à ce niveau avec le bout du doigt, on avait la sensation d'une petite tumeur arrondie, sous-cutanée. A travers l'orifice, on pouvait apercevoir une petite masse de couleur foncée que je crus être un amas de cellules épidermiques. Avec des pinces fines, je saisis cet amas qui se trouva être un paquet de poils enroulés et enchevêtrés, qu'il ne fut possible d'extraire qu'en exerçant une certaine traction, car beaucoup étaient manifeste-

ment implantés sur les parois de la poche. Cette extraction fut accompagnée d'une légère douleur. Je pus ensuite explorer avec un stylet la petite cavité que je trouvai notablement plus large que son orifice, sans doute à cause de la dilatation qu'elle avait subie. La sensation de tumeur avait disparu; elle tenait donc uniquement à la présence du petit paquet de poils. Depuis cette époque je n'ai plus entendu parler de cette malade.

OBSERVATION VII

Due à M. Couraud, thèse de Paris 1883.

Victor C..., âgé de 26 ans, entre le 13 décembre 1882, dans le service de M. Schwartz à l'hôpital Saint-Louis.

Ce malade nous raconte les faits suivants :

A la suite d'une chute de trapèze, faite en 1872, il ressentit au niveau de la région sacrée, une violente douleur qui s'atténua peu à peu sans jamais disparaître complètement. En 1876, examinant les parties douloureuses, un médecin découvrit, au fond d'une dépression, un petit orifice, siégeant dans le sillon interfessier. En 1878, le passage d'un stylet dans l'orifice produisit l'évacuation d'une faible quantité de pus; des injections de nitrate d'argent et de teinture d'iode n'amènèrent pas l'oblitération de la fistule; les douleurs cessèrent alors pendant quelque temps.

En 1880, issue de pus et d'un faisceau de poils; le malade incommodé par cet état se décide à entrer à l'hôpital.

A trois centimètres au-dessus de la pointe du coccyx, au milieu de la rainure interfessière, on trouve un orifice de 4 à 5 millimètres, communiquant avec un trajet fistuleux d'une longueur d'un centimètre environ. Ce trajet, légèrement dévié à droite, aboutit à une cavité; la peau qui recouvre ces parties n'offre ni coloration anormale, ni adhérences aux parties profondes.

A un centimètre du sillon interfessier et sur le bord droit, la peau, sur une étendue de 3 centimètres carrés, est rougeâtre. Cette surface est empâtée et demi fluctuante ; une incision donne issue à du pus mélangé de sang, au milieu duquel on aperçoit deux ou trois mèches de poils agglutinés ensemble.

Le malade présente, du côté gauche, une atrophie testiculaire avec épидидyme normale ; cette atrophie est, paraît-il, congénitale. Testicule droit sain.

Opération faite le 18 décembre, chloroforme ; ablation au bistouri du trajet fistuleux, ouverture cruciale de la poche, grattage, cautérisation de toute la surface au thermocautère. Les détritüs contenus dans cette cavité sont formés de pus mélangé de tissu graisseux et de quelques mèches de poils. Pansement phéniqué.

20 décembre. — Le malade n'a pas de fièvre ; pansement à l'iodoforme.

9 janvier. — Plaie à peu près cicatrisée, sortie de l'hôpital.

25 janvier. — M. Schwartz, consulté par le malade, incise un petit abcès qui s'est formé au niveau de la cicatrice.

10 février. — Le malade est complètement guéri. Le tissu cicatriciel rétracté adhère aux parties profondes et donne à la pression la sensation d'une surface dure de la largeur d'une pièce de deux francs. M. Thuvien, interne des hôpitaux, a fait l'examen microscopique du trajet fistuleux dans lequel il a reconnu les éléments constitutifs de la peau.

OBSERVATION VIII (résumée).

Publiée en 1867 dans le livre de *Mason Warren* chirurgien du Massachusetts general Hospital, à Boston, communiquée à la Société de chirurgie par M. Pozzi.

Pertuis fistuleux situé près de la base du coccyx, sur la ligne médiane. Poils contenus dans la fistule. Le malade est un jeune homme de 25 ans ; il présente sur tout le corps

un développement abondant du système pileux. Il se plaint de douleurs et surtout d'une grande incommodité que lui cause une fistule située entre les plis fessiers. Par l'orifice de ce trajet fistuleux s'écoule depuis environ un an un liquide séreux qui est maintenant purulent.

A l'examen, on trouve une petite ouverture circulaire admettant la pointe d'un stylet; il n'y a rien là qui ressemble au pertuis déchiété et enflammé d'une fistule ordinaire. Le stylet remonte dans le trajet sur une longueur d'un pouce et demi et fait sourdre un liquide séro-purulent. L'incision de la fistule montre au fond du cul-dé-sac une touffe de poils libre de toute adhérence sur la paroi.

Traitement. — Incision de la fistule; dissection de la poche.

OBSERVATION IX

Du Dr Warren. *In The Boston medical and surgical journal*, march. 15, 1877; vol. XCVI, p. 328.

C. L..., 20 ans, entrée au Massachussetts general hospital à Boston le 21 octobre 1876. Une année auparavant elle était tombée sur la glace, et bientôt après elle avait commencé à ressentir une douleur dans la région du coccyx. Elle fut examinée par sa sœur qui trouva une ouverture fistuleuse à la réunion du sacrum et du coccyx. Cette ouverture a rejeté un pus liquide et malsain jusqu'à l'entrée à l'hôpital. A l'examen on trouve deux ouvertures fistuleuses médianes dans la ligne interfessière, au niveau du sacrum. L'inférieure, à l'union du sacrum avec le coccyx, la supérieure à un pouce de la première. Un explorateur peut s'enfoncer à une distance considérable aussi bien en remontant qu'en descendant. On fait un diagnostic de kyste pileux.

23 octobre. — Ethérisation; ouverture large des cavités. On

trouve une mèche de cheveux dans le fond de l'abcès. On l'arrache soigneusement avec la pince. La plaie est ensuite pansée à la charpie avec une solution de myrrhe, mais elle se comble très lentement.

9 novembre. — La plaie semblant stationnaire, et ses bords durs, une solution acide est substituée à celle de myrrhe.

5 décembre. — Sortie de la malade guérie.

OBSERVATION X (résumée).

Due à M. Terrillon. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, 25, I, 1882; et *Revue de chirurgie*, 1882, p. 270.

K..., 36 ans, éprouvait une série d'accidents à la partie supérieure de la rainure interfessière où existait sur la ligne médiane un orifice cutané, sans inflammation des bords et sans bourgeons, avec épithélium normal. Le stylet introduit par cet orifice qui avait la largeur d'une grosse sonde cannelée pénétrait dans une cavité de 2 1/2 centimètres de profondeur, dont le fond était plus haut que l'orifice et le diamètre d'un centimètre, poche pyriforme.

Écoulement séro-purulent, qui datait de l'âge de 15 ans et tachait le linge. L'orifice existait dès la naissance.

L'examen du liquide fit reconnaître une grande quantité de cellules épithéliales pavimenteuses et quelques leucocytes.

Autour de la région de cette fistule cutanée, 5 ou 6 autres orifices tout différents, à bords déchiquetés et bourgeons sanieux. La peau du voisinage était violacée et soulevée. En pressant à leur niveau l'on fait sourdre du pus sanieux assez abondant. Le stylet introduit dans ces fistules s'enfonçait dans la direction des parois de la cavité cutanée. Elles correspondaient à autant d'abcès qui s'étaient développés à différents intervalles, s'étaient guéris momentanément et finalement étaient restés fistuleux et fongueux.

Le développement ou la recrudescence inflammatoire des abcès par obturation momentanée des orifices donnait naissance à des souffrances très vives et très gênantes.

L'examen histologique confirma le diagnostic de fistule cutanée, entourée de fistules inflammatoires ordinaires.

Cautérisation au fer rouge. Guérison rapide.

OBSERVATION XI

Du même. *Ibidem.*

A l'hôpital Saint-Antoine, en 1878, une vigoureuse campagne avait depuis plusieurs années au-dessus du sillon intertessier des poussées inflammatoires bizarres, guérissant après quelques jours et laissant à leur suite un suintement purulent, qui augmentait cependant après chaque poussée. Depuis son extrême jeunesse elle avait à ce niveau un trou qui n'existait pas chez les autres enfants.

Je trouvai un orifice cutané, nettement limité par une bordure en peau et donnant accès dans une cavité. La pression en faisait sortir une matière blanc jaunâtre, formée par des amas d'épithélium pavimenteux avec un peu de liquide. Aucune lésion secondaire autour de la fistule.

Un morceau de la paroi kystique, extirpé, était constitué par tous les éléments de la peau. C'était donc bien une fistule cutanée, dans laquelle se produisaient des phénomènes de rétention amenant des accidents inflammatoires analogues à ceux qui se rencontrent quelquefois au niveau de l'ombilic infundibuliforme.

OBSERVATION XII

Du même. *Ibidem.*

Un homme de 37 ans, vigoureux et assez gras, présentait au-dessus de la rainure interfessière une fistule cutanée, entourée de trois fistules purulentes à fond et orifices fongueux.

Depuis 18 ans, des poussées inflammatoires du côté de la cavité cutanée, et la formation d'abcès à répétition avaient incommodé beaucoup le patient.

La cavité cutanée, ouverte, avait deux centimètres dans le sens transversal et trois dans le sens vertical ; elle présentait une surface irritée et rouge, mais non fongueuse, analogue à de la peau au voisinage d'un foyer de suppuration.

Destruction de cette cavité ainsi que des fongosités du voisinage par le fer rouge. Guérison.

OBSERVATION XIII

Du Dr E. Mason. *The medical Record, New-York, febr. 10, 1880,*
vol. XVII. p. 524.

Il y a trois semaines, le Dr Mason a vu une dame de 27 ans chez qui l'on supposait une nécrose du coccyx. Il y a 12 ans environ, sans cause connue, un abcès apparut sur la fesse gauche au niveau de la réunion du sacrum et du coccyx. Après ouverture une certaine quantité de pus sortit et l'abcès continua plus ou moins à donner pendant 10 à 15 jours. L'orifice se referma et la malade eut l'air guérie pendant un mois, lorsqu'un autre abcès apparut, s'ouvrit, suppura, et ne cessa plus de donner pendant 12 ans. Plusieurs petits abcès s'étaient produits dans la même région, à différentes époques, avaient suppuré et guéri.

A l'examen le Dr M... trouva un orifice livrant passage à du pus sortant de la région fessière gauche à la hauteur de l'union du sacrum au coccyx. Par cette ouverture le stylet pénétrait vers la ligne médiane et de là vers la partie inférieure du sacrum et jusqu'au premier os coccygien. Il y avait deux autres orifices. De l'un sortait du poil dont une petite quantité fut arrachée, de l'autre deux cheveux furent extraits, longs de deux à trois pouces. La cavité fut ouverte largement et le sac fut excisé. Il présentait sous la fesse gauche deux prolongements de deux pouces chacun. La poche contenait une boule de cheveux. On laissa granuler la plaie et la malade alla bien.

OBSERVATION XIV

De M. Masse, de Bordeaux. *Gaz. hebdomad. des Sc. méd.*, 22 mai 1887.

M. L..., commis négociant à Bordeaux, 20 ans, très vigoureux jamais malade, ne s'est aperçu qu'à 16 ans de l'existence d'une tumeur du volume d'un petit pois, dans la rainure interfessière à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs de la face postérieure du sacrum. Cette tumeur était absolument indolente et ne le gênait pas ; elle resta absolument stationnaire pendant trois ans. Il y a environ un an M. L... s'aperçut qu'elle augmentait très notablement de volume ; elle acquit rapidement la grosseur d'une forte cerise ; à ce moment elle devint gênante et assez douloureuse à la pression.

M. L... fit à cette époque une chute sur le siège ; cet accident vint donner une nouvelle impulsion au développement de la tumeur ; elle devint très chaude et très douloureuse ; elle augmenta assez rapidement de volume et fut bientôt aussi grosse qu'un œuf de poule. La tumeur fut alors ouverte et il s'échappa de sa cavité un contenu blanchâtre granuleux mêlé de pus.

N'ayant pas vu le malade à ce moment je ne puis pas savoir quelle était exactement la nature des produits contenus dans sa cavité : s'il y avait des poils, des produits épidermiques ou de la graisse. On fit dans le kyste une série d'injections avec de l'alcool camphré additionné d'une petite quantité d'eau.

La tumeur se reforma presque aussitôt, et le médecin consulté ne trouva rien de mieux pour le guérir que de faire confectionner une espèce de bandage à ressort muni d'une pelote, comme un bandage herniaire, pour presser fortement sur le sacrum.

Le malade supporta pendant quelque temps ce traitement malgré de très vives souffrances, mais voyant bientôt qu'il n'arrivait à aucun bon résultat il renonça à son bandage et vint me consulter.

A ce moment l'ouverture par laquelle la tumeur avait été plusieurs fois vidée s'était refermée ; la tumeur avait le volume d'un gros œuf de poule ; elle siégeait, ainsi que nous l'avons déjà dit, dans la rainure interfessière, à la réunion du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs de la face postérieure du sacrum.

Le malade chloroformé, la tumeur fut incisée dans toute sa hauteur.

Il y avait là une cavité régulièrement arrondie et à parois épaisses, un peu mamelonnées. Le kyste avait contracté des adhérences avec les tissus voisins, et l'on ne pouvait pas isoler par dissection une véritable poche kystique.

La cavité du kyste était remplie de pus et d'un contenu blanchâtre et granuleux avec quelques gouttelettes d'un liquide huileux qui exhalait une très mauvaise odeur. Je n'ai pu voir à ce moment aucun poil, ni sur les parois du kyste, ni dans son contenu ; la tumeur avait été déjà vidée et elle avait reçu plusieurs injections d'alcool camphré.

Le diagnostic de tumeur dermoïde enflammée et suppurée me paraît parfaitement justifié par la marche de la tumeur et par sa situation.

La cavité du kyste fut lavée avec une solution phéniquée forte, puis elle fut drainée et fortement saupoudrée d'iodoforme. On la maintint béante avec de la gaze iodoformée. Un pansement de Lister fut très soigneusement appliqué.

La cavité du kyste ne tarda pas à bourgeonner et son occlusion s'opéra en moins de trois semaines.

OBSERVATION XV

De M. Desprès. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 24 juillet 1889.

Une jeune fille âgée de 21 ans, lymphatique et atteinte de chloro-anémie, s'est présentée à la consultation de la Charité, se plaignant d'une tumeur à la région du coccyx. Cette tumeur était douloureuse, chaude, tendue et fluctuante. C'était la récursive d'une tumeur qui avait existé auparavant, vers l'âge de 17 ans, nous disait la malade, et qui serait toujours, à son dire, consécutive à un coup de pied reçu à l'âge de 12 ans. A cette époque, la tumeur s'enflamma, suppura et fut suivie de la production d'une fistule qui se referma à la longue, laissant une petite cicatrice exactement placée au niveau de la dernière pièce du coccyx.

C'est à la suite de ses dernières règles que l'inflammation reparut.

Je diagnostiquai un kyste dermoïde suppuré ; je fis une large incision qui donna issue à du pus assez mal lié ; les jours suivants, il coula de la sérosité jaunâtre avec gouttelettes graisseuses. Un morceau d'amadou caustique (amadou trempé dans cette solution, eau, 100 grammes ; chlorure de zinc 100 grammes), est appliqué pour détruire la membrane interne du kyste, la suppuration s'établit franchement et la plaie se referma.

OBSERVATION XVI

De M. Desprès. *Ibidem.*

Une autre malade âgée de 19 ans a été traitée à l'hôpital pour une tumeur abcédée du même genre qui, depuis deux ans présentait des alternatives de suppuration, d'ouverture spontanée et de production d'une fistule durant environ trois semaines. Lorsque la malade vint se faire traiter à l'hôpital, on trouva une cicatrice d'une ancienne fistule exactement sur la ligne médiane au niveau du coccyx.

Cette cicatrice se rouvrit sous nos yeux et une fistule s'établit donnant issue à une sérosité louche. Je diagnostiquai une fistule d'un kyste dermoïde enflammé à répétition. Je dilatai la fistule avec l'éponge préparée et cautérisai la cavité avec de l'amadou caustique. La fistule se tarit et finit par se refermer, et depuis 10 mois il n'y a encore eu aucune récurrence. Si celle-ci survenait, du reste, je recommencerais la cautérisation pour détruire ce qui serait resté de la membrane interne du kyste.

OBSERVATION XVII

Du Dr Routier. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 20 juin 1888.

J. R... 38 ans, entrée à l'hôpital Laënnec en septembre 1886; robuste, pas d'antécédents pathologiques. En 1873, elle a fait une chute sur le siège, et dès lors, elle a toujours souffert de cette région. Peu de jours après la chute, apparut dans le sillon interfessier une petite tumeur du volume d'une noix, un peu sensible à la pression, et qui la gênait pour s'asseoir. Cette tumeur persista sans changement jusqu'en 1878, c'est-à-dire pendant 5 ans.

Il s'y forma alors, sans cause appréciable, un abcès qui s'ouvrit spontanément et resta fistuleux pendant quelques semaines. Puis la cicatrisation se fit, sans que la tumeur eût complètement disparu.

Mais, depuis 1878, de nouveaux abcès se produisirent un certain nombre de fois au même point ; ils s'ouvrirent spontanément ou furent incisés, sans que jamais la cicatrisation ait pu être définitivement obtenue, malgré les traitements divers et nombreux qui furent employés. Dans ces dernières années, une fistule à peu près permanente s'était même établie et l'on avait admis l'existence d'une affection osseuse pour laquelle des injections répétées de teinture d'iode ont été pratiquées.

En septembre 1886 la fistule était fermée. Dans le sillon interfessier, au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne, ou plus exactement à la limite de la fesse droite, le Dr Routier constata plusieurs cicatrices, en outre, exactement dans le pli interfessier, vers la pointe du sacrum, un orifice en tout comparable à celui d'une énorme glande sébacée. Un très fin stylet put pénétrer dans cet orifice, s'enfoncer parallèlement à la surface de la peau, et délimiter une cavité assez spacieuse. Un peu de liquide séro-sanguinolent s'écoula au moment où le stylet fut retiré.

M. Routier n'hésita pas à diagnostiquer une fistule congénitale, ou plutôt un kyste devenu fistuleux, et proposa l'ablation qui fut pratiquée le 9 octobre.

Un débridement sur la sonde cannelée ouvrit une cavité capable de loger une pièce de 5 francs. La surface lisse et roussâtre ressemblait à une séreuse enflammée. Sur les bords de la section on distinguait très bien la fusion du derme avec la face externe de la paroi du kyste. L'un et l'autre avaient environ 6 millimètres d'épaisseur. M. Routier fit alors la dissection de la poche dans le tissu cellulaire sous-cutané, et pour l'effectuer complètement dans les parties profondes, il dut entamer la forte apo-

névrose de la région, car les adhérences allaient jusqu'à la crête sacrée. La poche enlevée avait le volume d'une petite mandarine aplatie. Réunion des bords de la plaie au crin de Florence. Drain.

Pas de réunion par première intention ; état stationnaire malgré l'iodoforme ; le vin aromatique établit la suppuration et le bourgeonnement. Cicatrisation complète au bout de 15 jours.

Pas de résultat microscopique : la poche avait suppuré pendant 6 ans.

OBSERVATION XVIII

De M. Chenantais. *Journ. de méd. de l'Ouest-Nantes*, 1887, p. 457.

M. Chenantais présente une tumeur à la région coccygienne qu'il a enlevée. L'affection se présentait sous la forme d'un trajet fistuleux conduisant à une petite cavité que l'on jugea être un kyste dermoïde. Le trajet fut enlevé avec un peu de tissu environnant. En l'examinant au microscope, on trouve autour du trajet une paroi fibreuse très épaisse et très dense présentant des vaisseaux sclérosés et autour de ces vaisseaux des amas de cellules embryonnaires. En se rapprochant de la cavité, on ne trouve que du tissu inflammatoire sans aucun mélange de tissu spécifique. C'est vainement qu'on y cherche les caractères, soit du nodule tuberculeux, soit du sarcome, soit d'un épithélioma. Nous supposons donc qu'il s'agit là d'un trajet fistuleux borgne enflammé ou, que s'il y a eu primitivement un kyste, ce kyste avait été éliminé avant l'intervention opératoire.

OBSERVATION XIX

De M. Comby. *Progrès médical*, 1879, p. 671.

P. Raoul, 10 ans, entre le 3 février 1879 à l'hôpital Sainte-Eugénie, service de M. Terrillon, salle Napoléon, n° 35. Il avait à 4 ou 5 ans une petite grosseur qui a augmenté jusqu'au volume actuel d'un œuf de poule. Il n'y a jamais eu, à aucun moment, ni phénomènes inflammatoires, ni réaction d'aucune sorte.

La tumeur proémine dans le sillon interfessier et à gauche; elle est sous-cutanée, lisse et parfaitement arrondie, rénitente et fluctuante. Elle offre tous les caractères d'un kyste qui serait uni solidement au coccyx par un pédicule qu'on sent très bien sous la peau. La peau semble plus mince et adhérente au niveau de la tumeur; à la partie inférieure, M. Terrillon a cru un moment sentir une adhérence plus forte, qui pourrait être le vertige de ces fistules, culs-de-sacs, invaginations, qu'on a observés dans beaucoup de tumeurs du même genre et qui correspondent à une phase de leur développement. A la partie supérieure de la tumeur existe une dépression en cul-de-sac qui la sépare de l'extrémité inférieure du sacrum. Etant donnés les caractères de la tumeur, ses connexions, et surtout son siège, M. Terrillon n'hésita pas à admettre une variété de tumeur congénitale, un kyste dermoïde sans préjuger la nature des organes contenus.

En présence du développement qu'elle prenait, de la gêne mécanique qu'elle commençait à déterminer, et de l'innocuité opératoire, M. Terrillon proposa l'extirpation de la tumeur.

L'enfant endormi, M. Terrillon énuclée la tumeur par le thermo-cautère chauffé au rouge sombre. Le pédicule est gros et résistant, sectionné, il permet de sentir très bien la pointe du coccyx qui lui servait d'insertion.

La tumeur incisée immédiatement laisse écouler une petite quantité de liquide opalin. On constate l'existence d'une poche kystique contenant outre le liquide une masse de lamelles blanchâtres plissées et déroulables, formées d'épithélium pavimenteux ; il n'existe ni poils, ni dents, ni autres produits hétéromorphes.

M. Terrillon fait remarquer que cette tumeur n'a rien de commun avec les tumeurs ano-coccygiennes habituelles ou *inclusions fœtales* qui se développent surtout en avant du coccyx et renferment des poches kystiques remplies de poils, fragments osseux, etc. M. Ranvier déclare qu'il s'agit ici d'un *kyste dermoïde*, dont la paroi interne est tapissée de cellules à noyaux, les autres portions étant seulement formées de cellules granuleuses.

OBSERVATION XX

De Trzebicky. *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1885, K. p. 422.

J. M..., 22 ans, admise le 16 janvier de l'année dernière à l'hôpital de l'Enfant-Jésus à Varsovie, pour une tumeur du côté droit du siège. Petite comme une noisette pendant l'enfance, elle n'a grossi que depuis 5 ans de manière à empêcher la malade de s'asseoir ou de se coucher. Sain et bien bâti, le sujet présente dans la partie droite du siège une tumeur grosse comme une tête d'adulte, occupant toute cette région. La peau qui la recouvre est rouge, amincie, adhérente à la tumeur. Celle-ci est fluctuante, mais non distinctement. 25 janvier : chloroforme, extirpation très simple. Le kyste était sous-cutané, et n'adhérait qu'aux muscles. Drain. Pansement. Guérison complète. M. Przeworski examina le kyste dont la paroi mesurait 1 1/2 à 2 millimètres d'épaisseur. Surface externe lisse, nettement distincte, partant du tissu conjonctif voisin. Surface interne lisse, tapissée d'un épi-

thélium pavimenteux stratifié dont les cellules les plus profondes étaient petites et polygonales, ou courtes, cylindriques, à noyau net et protoplasma finement granuleux. Les cellules plus superficielles avaient la forme de lentilles, et celles qui constituaient la surface même étaient de vraies cellules épidermiques cornifiées. La capsule kystique même était faite de tissu conjonctif fibrillaire pauvre en cellules. Le contenu du kyste était des cellules épithéliales desquamées, cornifiées ou en dégénérescence graisseuse et des globules sanguins dégénérés.

OBSERVATION XXI

De W. Hardman. *The Lancet*, march, 25, 1882, vol. I, p. 504.

Fille de 4 ans, robuste et saine. Dépression juste au niveau de l'extrémité inférieure du sacrum qui semble finir en renflement fixe, non mobile, tandis qu'on ne trouve point d'extrémité coccygienne du tout. Au niveau même de ce renflement qui termine le sacrum se présente la « fistule », profonde d'un centimètre environ caliciforme et dont le fond ne paraît séparé de l'os que par une peau mince. Impossible d'en reconnaître l'exacte profondeur. Le point intéressant de ce cas c'est que l'enfant offre une épine bifide dans le bas de la colonne lombaire avec la tumeur habituelle, c'est-à-dire un spina-bifida. La mère de cet enfant en a trois autres dont deux antérieurs et un postérieur à celui-ci, tous bien faits et sans troubles de formation.

OBSERVATION XXII (1)

De M. A. Le Dentu. In : *Etudes de Clinique chirurgicale*, 1890-91, publiées en 1892. Hôpital Nècker.

Le sujet était âgé de 45 ans. Il se rappelle avoir constaté dès l'âge de 9 ans une petite tumeur du volume d'une noisette à la

1. L'obs. de M. Le Dentu ne rentre pas dans la région qui nous occupe, mais nous l'admettons exceptionnellement à titre de document du plus haut intérêt pour l'étude des transformations des kystes en tumeurs d'autre nature.

partie interne de la fesse gauche. Elle s'est modifiée seulement depuis dix-huit mois, a augmenté progressivement de volume, s'est allongée et est devenue cause de gêne dans la marche.

Actuellement on constate une tumeur allongée verticalement, rappelant la forme d'un concombre de petite taille qui serait appliqué le long du bord interne de la fesse gauche. Elle commence à la hauteur de la pointe du coccyx et descend dans une longueur de 12 centimètres, libre par son extrémité inférieure, adhérente par un pédicule assez étroit, mais long de 7 à 8 centimètres. Légères bosselures, consistance fluctuante, peau amincie mais non adhérente, pas de douleurs.

La tumeur fut extirpée au bistouri, ce qui permit de constater qu'elle n'avait aucune connexion avec le squelette. Réunion immédiate.

La cavité kystique contenait environ un demi-litre d'une bouillie homogène analogue à de la purée de marrons.

Examen histologique. — Ce kyste présentait deux régions bien limitées et qu'il importait d'étudier séparément. La première constituant presque toute la surface interne était lisse, légèrement nacrée ; elle nous a montré, sur les coupes perpendiculaires à la surface, un épiderme formé d'épithélium pavimenteux stratifié rappelant absolument par son aspect celui de la peau normale et un derme peu épais, assez lâche, dépourvu de glandes et de follicules pileux. La seconde région de beaucoup la plus intéressante, présentait une foule de papilles mamelonnées en forme de choux-fleurs. A la coupe, ces papilles étaient constituées de dehors en dedans par : 1° une couche de lamelles épidermiques en voie de destruction et d'exfoliation ; 2° un épithélium pavimenteux stratifié, fortement épaissi et envoyant dans le derme sous-jacent des bourgeons profonds et irréguliers ; 3° un derme plus ou moins épais selon les points de la coupe, sillonné de quelques vaisseaux.

Ces végétations épidermiques sont morphologiquement identiques aux papillomes, verrues, etc., de la peau, et leur sont homologues.

Cependant M. Le Dentu signale, dans l'épaisseur des bourgeons épidermiques, des globes épidermiques bien nets dont quelques-uns rapprochés de la surface communiquaient librement avec la couche de cellules atrophiées et lamelleuses. La présence de ces globes toujours constants dans les épithéliomes formés aux dépens de la peau, semblerait confirmer l'opinion que les kystes congénitaux sont souvent le lieu d'origine d'une tumeur épithéliale, et, nous nous trouverions ici en présence d'une tumeur bénigne en voie de transformation. La couche génératrice de l'épiderme était cependant encore normale ici ; pas de karyokynèse au sein de la couche de Malpighi.

Les bactéries, cause déterminante de ces néoplasies d'après certains auteurs, n'existaient pas ici ; aucun microbe.

Le contenu du kyste était constitué par des cellules lymphatiques infiltrées de granulations graisseuses, des lames épidermiques cornées très abondantes et des cristaux de cholestérine.

OBSERVATIONS XXIII, XXIV, XXV, XXVI.

De D. H. Goodsall, Saint Bartholomew's. Hospital Reports. London 1888, XXIV, 229, 240. Résumées.

A. — Ni hérédité ni maladies antérieures. Entrée le 11 septembre 1886 au Saint Mark's hospital. Femme de 25 ans. Près l'articulation sacro-coccygienne il s'est formé sans cause un abcès en 1879 ; il grossit pendant 3 semaines, s'ouvrit de lui-même, guérit et ne reparut qu'en 1882, fut ouvert, guérit encore et reparut en février 1886. Il empêchait la malade de se reposer sur le dos,

devint de plus en plus douloureux, se vidant parfois. Le 29 juillet à l'hôpital Saint-Mark on agrandit l'ouverture. Le 13 septembre on ouvrit largement la cavité qui s'étendait : de deux pouces plus bas que l'épine iliaque postéro-supérieure, à un demi pouce plus bas que la pointe du coccyx. Quatre poches latérales furent aussi ouvertes. On ne vit ni ne sentit aucun séquestre ni os dénudé. Sortie guérie le 5 novembre.

B.—Pas d'antécédents pathologiques. Femme de 20 ans, tombée en se blessant le bas du sacrum en 1883. Cette région resta douloureuse une année, puis s'y développa une petite grosseur qui resta telle jusqu'en janvier 1886 où la malade fit une chute de voiture et reçut de fortes contusions à la suite desquelles la partie en question devint plus douloureuse. En décembre 1886, chute sur la glace et coup sur le sacrum, trois ou quatre jours plus tard un médecin ouvrit la poche qui contenait une cuiller à café de pus. Le 10 janvier 1887, chute dans un escalier, et blessure toujours de la partie inférieure du sacrum. Dès lors jusqu'à l'entrée à l'hôpital en août l'abcès donna presque sans cesse. Le 25 août, large ouverture du sinus qui s'étendait de trois pouces plus bas que l'épine iliaque postéro-supérieure gauche, jusqu'au milieu de l'espace entre l'anus et le coccyx. Incision transversale en croix. Granulations extirpées, il resta la poche fibreuse qu'on remplit d'ouate sèche. On ne vit ni ne sentit aucun os malade. Le vingt troisième jour, 17 septembre, sortie de l'hôpital. Le 1^{er} décembre la plaie était guérie. La cicatrice s'est rouverte à la hauteur du coccyx en janvier 1888, guérie en février elle s'est rouverte en juillet, puis refermée.

C.—Fille, 26 ans. Mère morte phthisique. En 1879, tombant sur un vase brisé la malade se fit une coupure près de l'articulation sacro-coccygienne. La coupure s'est vite guérie, mais la cicatrice resta sensible. En 1885, un abcès se forma à côté de la cicatrice, augmenta pendant un mois, s'ouvrit de lui-même et ne cessa plus

jamais de suppurer jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital Saint-Mark, le 5 mai 1888. Le 10 mai. — Ouverture de tout le trajet fistuleux et d'un diverticule latéral. Les granulations enlevées on remplit la plaie d'ouate. Aucun os nécrosé ni dénudé. Guérison le 27 mai. Sortie de l'hôpital le 2 juin.

D.— Domestique, 23 ans, sans anamnèse pathologique. En tombant d'un escalier, en 1884, elle se heurta à la hauteur de l'articulation sacro-coccygienne contre une caisse en bois. La place blessée resta sensible. Au bout de 5 mois une petite tuméfaction y apparut et au bout de 2 mois elle se mit à donner du pus. Quatre semaines d'hôpital, avec des pansements comme seul traitement. L'abcès se referma. Deux ou trois jours après sa sortie la malade vit se produire une nouvelle ouverture à un pouce plus bas. Ce nouvel orifice n'a pas cessé de livrer passage au pus. En décembre 1887, dans un autre hôpital on débrida l'extrémité inférieure de la fistule à partir de l'orifice inférieur. Granulation et guérison de cette partie seule, persistance de la sécrétion et de l'écoulement du pus de la partie restante, supérieure, de la fistule. Entrée le 3 septembre 1888 à l'hôpital Saint-Mark. Deux orifices, l'un à $3/4$ de pouce au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne, l'autre à un pouce au-dessous. La cavité remontait à $1/2$ pouce plus haut et à gauche de l'orifice supérieur. La plus grande partie du coccyx a été enlevée. 7 septembre débridement du reste du trajet persistant et de deux cavités latérales, à gauche; granulations extirpées; ouate sèche dans la plaie. Ni séquestre, ni os dénudé. Sortie le 22 septembre. 3 novembre, guérison.

OBSERVATIONS XXVII et XXVIII

De M. E. Rollet. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* Paris 1889.

A.—R..., 25 ans, se présente le 29 mars 1889 à M. le professeur Poncet. Sur la ligne médiane lombaire tumeur grosse comme une

moitié d'orange ; remarquée vers 15 ans elle a augmenté insensiblement. Molle, fluctuante, donne la sensation d'une poche incomplètement remplie de liquide et d'une substance molle. M. Poncet l'énuclée facilement, malgré quelques adhérences à la peau et aux parties profondes ; issue de quelques grammes de liquide séro-huileux et d'un contenu sébacé épidermique. Paroi de structure cutanée. Pas de poils.

B. — X..., 30 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 17, le 21 novembre 1888, service de M. Poncet, suppléé par M. Gangolphe. X remarqua il y a deux ans une tumeur dure du volume d'une noix dans la région fessière droite en dehors de la rainure interfessière. Elle a augmenté progressivement sans aucune douleur. Indolente à la palpation, fluctuante. La pression en fait sortir par un orifice, dû à une piqûre d'épingle que le malade s'est faite, un liquide séreux, mélangé de quelques grumeaux sébacés. M. Gandolphe extirpe la tumeur, reliée au squelette par des tractus fibreux.

Examen histologique : kyste dermoïde à structure très élémentaire.

OBSERVATION XXIX (résumée).

De K. C. Bose. *Indian M. Gaz.* Calcutta, 1888, XXIII, 43.

Koonjo, a Marwaree gentleman, comme dit l'auteur, âgé de 35 ans. Grosse tumeur lombo-sacrée du volume d'une pastèque, ressemblant à un spina-bifida. A 21 ans, pour la première fois, chaleur, douleur et tuméfaction locales pendant quinze jours. Guéri par un *Nakim* de son pays le malade sentit au bout de 3 mois une tumeur fluctuante dans la région envahie. Cela ne donnait qu'une sensation de pesanteur, mais à présent il ne peut

se coucher sur le dos et sent une grande tension dans la tumeur. Celle-ci a 24 pouces de circonférence ; limites nettes, pas de douleur à la pression. Mouvements des membres inférieurs parfaitement intacts. Je vidai la tumeur avec un fin trocart. Il s'écoula quatre pintes de liquide séreux. Deux jours de bien-être. Le troisième la tumeur recommença à se remplir. Elle devint très sensible au toucher. 103° F. ; pouls 120 ; langue sèche ; urine haute en couleur. Le neuvième jour je soupçonnai une accumulation de pus et appelai le D^r K. Mc Leod qui affirma l'existence de ce pus. Ponction aspiratrice : ouverture et contre-ouverture au bistouri ; drain ; lavage de la cavité avec la liqueur de Condry ; pansement à la gaze antiseptique. Le doigt introduit dans la cavité ne rencontrait aucune déformation vertébrale. Pansements quotidiens. Le septième jour, moins de pus et de moins mauvaise nature ; 100° F., et bon sommeil. Ce septième jour la fièvre cessa. L'on discontinua une potion de sulpho-carbonate de soude que le patient prenait depuis qu'il avait été opéré. On lui donna de la quinine et du fer trois fois par jour. Jusqu'au quinzième jour la cavité se remplit de granulations saines ; le malade put se lever ; mais par suite d'imprudence la fièvre revint le lendemain, la température monta, l'appétit disparut ; douleur persistante dans la partie malade, pneumonie double et mort en sept jours. Ni convulsions, ni paralysie des membres inférieurs avant ni après l'opération ; malgré parfois un peu de délire le malade garda sa connaissance jusqu'à la fin ce qui n'eût pas été le cas s'il avait eu un spina-bifida. Son âge ne permettait du reste pas ce diagnostic.

REMARQUE.

Les auteurs dont les cas sont ici relatés ont motivé leur diagnostic de : « fistules congénitales » dues à l'inflamma-

tion d'infundibula cutanés, ou de kystes dermoïdes, en se basant sur l'existence de productions épidermiques, de poils, de matière sébacée, d'épithélium ; sur des examens histologiques ayant prouvé l'existence de follicules sébacés, de glandes sudoripares ou de papilles dermiques. Mais dans plusieurs observations ils se sont fondés sur d'autres caractères. Ainsi M. Masse (Obs. XIV) a pu s'appuyer sur la marche de l'affection et spécialement sur son siège, et M. Chermantais (Obs. XVIII) a noté de quelle manière il a fait son diagnostic par exclusion.

N.— Sont postérieures à l'œuvre de M. Lannelongue (1886) les observations : I, II, III, IV, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII et XXIX.

CONCLUSIONS

1° Les kystes dermoïdes et fistules congénitales de la région sacro-coccygienne sont des formations anormales, d'origine embryonnaire, provenant de l'extrémité caudale du repli ectodermique, matrice du système nerveux cérébro-spinal.

2° Leur siège, typique, est par suite exactement médian, sur la ligne verticale interfessière.

3° Mais si leur germe est congénital ; le moment où ces cavités attirent l'attention du porteur est surtout l'âge de 15 à 25 ans.

4° Elles se révèlent alors par des phénomènes inflammatoires douloureux, produisent des abcès à répétition puis des fistules purulentes intarissables ; et c'est presque invariablement sous cette forme que ces affections se présentent au chirurgien.

5° Chaque fois que l'on rencontre un abcès, une tumeur ou une fistule à la région sacro-coccygienne il faut donc en premier lieu songer aux affections congénitales, et prendre la peine de faire l'examen complet et le diagnostic différentiel d'après les méthodes que nous avons suivies.

6° En effet, des erreurs de diagnostic jusqu'ici trop ordinaires, de la prédisposition morphologique que démontre l'embryogénie de cette partie du corps, de la marche et des caractères physiques de ces affections, il est hors de doute

que nous sommes en droit d'inférer la relative fréquence des fistules dites congénitales, qu'elles soient dues à l'inflammation d'un kyste dermoïde, ou bien à celle d'une excavation tégumentaire. Et leur diagnostic mieux fait permettra de leur appliquer d'emblée le traitement radical nécessaire.

7° L'extirpation totale au bistouri sera le seul procédé qui vaille.

Vu par le Président de la thèse,
LANNELONGUE

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux qui nous ont été utiles pour la présente étude :

Reaunis et Bouchard. — Anat. descript.

Billroth et Winiwarter. — Patholog. chir. gén.

Breul. — Th. de Nancy, 1889. Des kystes derm. de la rég. mast.

H. C. Bose (Obs.) — A tumour simulating spina bifida, Indian. M. Gaz. Calcutta 1888, XXII, 43.

Broca. — Traité des tumeurs, t. II.

Chenantaïs. — Journal de méd. de l'Ouest, 1883, p. 457. (Obs.).

Christiani. (H.). — Des néoplasmes congénitaux. J. de l'anat. et de la physiol. Par., 1891, XXVII, 249, 444.

Comby. — Progrès médical, 1879, p. 671. (Obs.).

Couraud. — Th. de Paris, 1883 (Obs.). Contribution à l'étude des dépressions congénitales cutanées et kystes dermoïdes de la rég. sacro-coccyg.

J. Cusset. — Th. de Paris 1877. Etude sur l'appareil branchial des vertébrés et sur quelques affections qui en dérivent chez l'homme (fistules branchiales, kystes branchiaux, kystes dermoïdes).

Czerny. — Langenbeck's Archiv. f. Clin. Chir. 1869, B. X., s. 894. Beiträge zur Geschwulstlehre, I, Entwicklung eines Epithelialcarcinoms aus einer angeborenen Sacralgeschwulst.

Dechambre. — Dict.

Després (Obs.). — Kystes' derm. congén. et fist. de la rainure coccyg. Bull. et Mém. de la Soc. de chir. 24 juill. 1889.

Féré. — Soc. anat. 1878.

Follin et Duplay. — Pathol. ext., t. II et III.

Gorron. — Th. de Bordeaux, 1888. Des fistules branchiales.

D. H. Goodsall. — (Obs.). Six cases of sinus over the sacrum and coccyx. St. Barth. Hosp. Rep. Lond., 1888, XXIV, 229-240.

W. Hardman. — (Obs.). The Lancet, march. 25, 1882, vol. I, p. 504. Congenital sacral fistulæ.

Heurtaux. — Nouv. Dictionn. de méd. et de chir. prat. (Obs.). Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 15 mars 1882. Infundibulum coccygien ; fistule paracoccygienne.

G. Hildebrandt. — Ueber secundäre Implantation von Haaren in Dermoidcysten. Beitr. z. path. anat. u. z. allg. Path. Jena, 1890, VII, 159-170, 1 pl.

Huxley. — El. d'anat. compar. des anim. vert.

Index medicus. — M. Lannelongue dans son œuvre a donné la liste des travaux jusqu'en 1886. Pour les kystes dermoïdes et les fistules congénitales de la région sacro-coccygienne nous avons fait la revue complète de l'index medicus des années 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891 et 1892. Mais nous avons éliminé de notre liste bibliographique tout cas de tumeur non dermoïde ou située en dehors de la région sacro-coccygienne.

Kiener. — Sur une tumeur congénitale de la région sacro-cocc. Gaz. hebd. d. sc. méd. de Montpel., 1891, XIII, 409-413.

Kohlrausch. — Müller's archiv., 1841, p. 365.

Kölliker. — Embryologie.

J. Labougle. — Anat. path. et pathog. des K. épiderm. de la main, Paris, 1889, G. Steinheil, 1884, p. 8.

Lannelongue. — (Obs.). Soc. de Chir., 15 mars 1882.

Lannelongue et Achard. — Traité des kystes congénitaux, 1886.

Lannelongue et Achard. — Etude microbiolog. de dix kystes congénitaux. Ann. de l'Institut. Pasteur, Paris 1890, IV, 293-298.

Le Dentu. — Études de Clinique chirurgicale, 1890-91. Paris 1892 (Obs.) Kyste derm. de la fesse.

Le Lan. — Th. de Montpellier 1889. Des kystes derm. de la queue du sourcil.

E. Mason. — The medical Record. New-York, febr. 10 ; 1880, vol. XVIII, p. 524.

Mason Warren. — (Obs.) 1867, communiqu. à la Soc. de chir. par Pozzi.

Masse De Bordeaux. — (Obs.) Gaz. hebdom. des Sc. méd., 22 mai 1887.

Peyramaure-Duverdier. — Th. de Paris 1882. Des dépressions et fistules congénitales cutanées de la rég. sacro-coccyg.

Richet. — Traité d'anat. médico-chir.

A. Bitsch. — Beitrag zur Lehre von den angeborenen Sacralgeschwülsten. Beitrage zur klin. chir. Tübingen, 1891-92, VIII, 557-577, 2 pl.

E. Rollet. — De l'apparition tardive des kystes derm. Gaz. hebd. de méd. et de chir. Paris 1889, 2 s. XXVI, 629 (Obs.).

Routier. — (Obs.) Bull. et Mém. de la Sc. de Chir., 20 juin 1888.

Sappey. — Anat. descript.

Terrillon. — (Obs.) Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 25, I, 1882 ; et Revue de Chir., 1882, p. 270.

Tillaux. — Anat. topogr.

- Tourneux.** — Contrib. à l'hist. des tum. congén. de la rég. sacro-cocc. Bull. méd. du Nord, 1881, p. 359.
- F. Tourneux et Hermann.** — Journ. de l'Anat. et de la Phys., oct. 1887, et Revue des Sc. méd. 1888, p. 449.
- Trzebiecky.** — (Obs.) Wiener medic. Wochenschr. 1885, Nr. 14, p. 422. — U. Centralblatt für Chir., 1885, s. 536.
- Velpeau.** — Anat. chir.
- Verneuil.** — Revue de chir. Par. 1891, XI, 401, et : Congrès français de chir., 1891, p. 145 : Fistule de la rég. sacrée consécutive à un abcès et donnant issue au liq. céphalo-rachid.
- Verneuil.** — Bull. de la Soc. anat. — 27^e ann., 1852, p. 300.
- Verneuil et Clado.** — De la présence des microbes dans les kyst. derm. congén. de la face. Semaine méd., 1888, p. 475. — France méd. Par. 1888, II, p. 1817-1819; — et : Compte-rendu Acad. d. Sc. Par., 1888, CVII, 973.
- Warren.** — (Obs.). The Boston medical and surgical Journal, march. 15, 1877, vol. XCVI, p. 328.
- K. Weil.** — Ein Beitrag z. Localisat. des Dermoidcysten. Wien. med. Batt. 1890, XIII, 163.

Après examen et triage de toutes les publications dont le titre se rapportait à notre étude, nous devons ajouter ici la liste suivante des *travaux que nous n'avons pu nous procurer* :

- E. J. Beall.** — Dermoid cysts of the coccygeal region. Daniel's Texas M. J., Austin, 1888-89, IV, 254-260. — Ou bien : Virginia M. Month, Richmond, 1888-89, XV, 708-715.
- Ceci.** — Kyste dermoïde sacra. Giornale di clinica, etc. di Messina, 1883, p. 492. Extirpation, guérison.
- Cook.** — Fistula coccygeal ; septicemia, death. Minnesota news. Cambridge city, 1882-83 ; p. 67.

- G. Davy.** — Notes on dermoid cysts. N. Zealand M. J., Dunedin, 1888-89, II, 20-22.
- Gilles.** — De hygromatis cysticis congenitis, deque novis quibusdam exemplis eorum, quæ in collo et in regione sacrei observata sunt. Bonn 1853.
- Mc Graw.** — A case of dermoid cyst in a young child. Med. Age, Detroit, 1887, V, 345.
- Hofmolk.** — Wiener med. Jahrbücher, 1879, IV, s. 461, cité par Bergmann. — Tumeur présentant un grand kyste séreux et plusieurs petits; un sac contenant un liquide trouble et floconneux, présentait un réseau de Malpighi dans sa paroi.
- J. H. Mitchell.** — A few cases of dermoid cysts. Albany M. Ann. 1888, IX, 334.
- C. H. Riley.** — Suppurating dermoid cyst. Maryland M. J. Baltimore, 1887, XVII, 88.
- M. B. Schmidt.** — Ein Fall von Tumor coccygeus. Arb. a. d. chir. Univ. Poliklin. zu Leipzig, 1888, 66-74, 1 pl.
- Paul Schmidt.** — Ein Beitrag Zur Kenntniss der congenitalen Sacraltumoren. Greifswald, 1889. J. Abel, 40 p. 8°.
- A. Törngren.** — Ett fall aff kongenitalt coccyx-kystom. Finska läk. sällsk. handl. Helsingfors, 1890, XXXII, 388-394.
- L. Wilde.** — Dermoid cyst of lombosacral region. Transact. Path. Lond. 1888 89, XL, 386-388, 1 col. pl.

